

L'OTITE MOYENNE

CATARRHALE

AVEC ÉPANCHEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN TATU

Né le 11 Juillet 1871, à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Mars 1896

L'OTITE MOYENNE

CATARRHALE

AVEC ÉPANCHEMENT

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Mars 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN TATU

Né le 11 Juillet 1871, à Saint-Cyr-au-Mont-d'Or (Rhône)



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Mars 1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE
Anatomie.		FLORENCE.
Anatomie Générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale.		POLLOSSON (MATRICE)
Hygiène		ARLOING.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. POLLOSSON (Aug)	MM. BOYER.	MM. DOYON.
CONDAMIN.	ROCHET.	CURTILLET.	BARRAL.
COURMONT.	ROLLET	VALLAS.	MOREAU.
DEVIC.	ROQUE.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
DIDELOT.	ROUY,	DURAND.	fonctions d'agréé.
GANGOLPHE	COLLET		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LÉPINE, Président; M. WEILL, Assesseur; MM. ROQUE et ROUX, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A Mon Maître

M. LE DOCTEUR LANNOIS

Ex-professeur agrégé

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LÉPINE

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545913_0022

INTRODUCTION

Pendant fort longtemps l'étude des maladies des oreilles a été quelque peu négligée dans notre pays ; les médecins les plus instruits étaient précisément ceux qui en faisaient le moindre cas ; sans doute parce qu'ils jugeaient à leur juste valeur les données empiriques qui ont régné jusqu'à notre siècle.

Les médecins de l'antiquité appliquaient sans distinction le même traitement à toutes les maladies des oreilles. On employait de l'huile, du concombre, de l'eau dans laquelle on faisait infuser des fourmis ; et quand ces remèdes étaient inefficaces, quand la phlogose était plus difficile à vaincre, on mettait de l'encens dissous dans du lait de femme. Galien, ce grand médecin des temps antiques, blâme vertement ces pratiques empiriques et recommande quand l'otalgie est occasionnée par le froid

ou un rhume de cerveau de mettre dans le méat externe un morceau d'ail ou d'oignon effilé à son extrémité. Ces remèdes nous font sourire maintenant et cependant, pendant plus de mille ans, les principes de Galien dominèrent la science à un tel point que les belles découvertes anatomiques de Vésale, d'Eustachi, de Fallope n'eurent aucune influence sur le diagnostic et la thérapeutique des médecins de cette époque.

Aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles, les médecins ne sont guère plus avancés et saignent pour toutes les maladies des oreilles.

Il faut arriver au commencement de ce siècle pour trouver quelques travaux sur les maladies des oreilles, travaux encore bien imparfaits ; et cependant si l'on consulte les statistiques, on voit combien sont fréquentes les maladies de l'audition ; si fréquentes même que von Trœlstch a pu dire avec raison que « sur trois personnes prises au hasard il n'y en avait pas une dont les oreilles soient absolument normales ».

Dans le cours de nos études médicales nous nous sommes particulièrement attaché à l'étude si intéressante de la pathologie de l'oreille. Nous avons trouvé auprès de M. le professeur agrégé Lannois un maître dont l'amabilité est bien connue et qui ne nous a refusé ni son temps, ni ses conseils. Qu'il nous permette ici de le remercier publiquement. C'est lui qui nous a inspiré l'idée de ce travail.

En acceptant la présidence de notre thèse, M. le professeur Lépine nous donne une nouvelle preuve de sa bienveillance. Nous sentons tout le prix de l'honneur qu'il nous fait.

Les examens bactériologiques ont été faits par notre ami le D^r Paul Courmont qui a gracieusement mis à notre disposition son temps et son savoir, nous l'en remercions vivement.

Nous diviserons ce travail en cinq chapitres :

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Etiologie.*

CHAPITRE III. — *Symptômes et diagnostic.*

CHAPITRE IV. — *Pathogénie.*

CHAPITRE V. — *Traitement.*

Toutefois nous insisterons surtout sur la pathogénie.

L'OTITE MOYENNE

CATARRHALE

AVEC ÉPANCHEMENT

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Quand on cherche dans la littérature médicale les différents travaux qui ont été publiés sur le catarrhe de l'oreille moyenne, on est frappé de la pénurie qui existe. Il est vrai qu'autrefois les moyens d'investigation étaient rudimentaires, que l'anatomie de cet organe était mal connue. Il faut arriver au commencement de ce siècle pour voir le catarrhe de l'oreille séparé des autres affections de la caisse.

C'est Allard, le premier, dans sa thèse inaugurale, en 1807, qui en donne les symptômes; Ménière prétend toutefois, que ces symptômes sont fantaisistes. Les auteurs qui suivirent, Curtis, Wright, Buchanan, le passent entièrement sous silence.

En 1822, Itard donne les caractères différentiels du pus de l'otite et du mucus du catarrhe, et préconise, dans

les cas d'obstruction de la trompe avec épanchement sérieux dans la caisse, la paracentèse. Cette opération si logique, conçue par Cooper, tomba bientôt dans le discrédit, « car, dit Ménière, elle n'était fondée sur rien de positif ». Saunders, en 1829, conseille de nouveau la perforation quand il y a obstruction de la trompe par suite d'une angine, d'une ulcération ; Kramer, dans son traité, s'élève violemment contre cette manière de voir et conseille de ne pas lire le livre de Saunders « qui n'est, dit-il, qu'un tissu d'idées fausses ».

En 1843, Hubert-Valleroux¹ s'exprimait ainsi : « Le chirurgien n'est pas plus autorisé à ouvrir la membrane du tympan qu'il ne l'est, dans un cas de rétention d'urine, à ponctionner la vessie. » Le temps a fait justice de ces opinions erronées. Mais ce qui ressort de cet exposé, c'est que le traitement des maladies de l'oreille a été soumis, jusqu'au milieu de notre siècle, aux lois de la routine ; ainsi Kramer prétend qu'il obtient de bien meilleurs résultats en donnant des vomitifs, des sudorifiques, des vésicatoires, en défendant la bière, le lait, le fromage, qu'en pratiquant la paracentèse.

Les travaux plus récents sur l'otite catarrhale ont été faits surtout en Allemagne, Wilde, Toynbée, Trœlstch, Politzer, Schwartze, Gruber, Moos, Voltolini, se sont occupés de la question. En France, il nous faut citer les noms de Bonnafont, Gellé et enfin Baratoux et Miot qui, dans leur traité, en ont donné une bonne description. Toutefois, la plupart des auteurs, même contemporains, confondent le catarrhe de l'oreille avec l'otite moyenne

¹ Hubert-Valleroux, *Traité des mal. des or.*, 1843.

purulente ; ils n'en font pas une individualité à part ; pour eux, l'otite catarrhale n'est que la première manifestation de l'otite purulente. Tel n'est point notre avis ; de même que la pleurésie séro-fibrineuse n'est pas le début d'une pleurésie purulente ; de même, l'otorrhée n'est pas la conséquence fatale de l'otite catarrhale.

CHAPITRE II

Définition. — Etiologie.

Nous définirons ainsi l'otite moyenne catarrhale : *Une inflammation de la caisse, reconnaissant habituellement pour cause l'oblitération de la trompe, avec épanchement séreux ou muqueux ne contenant pas de bacilles à sa période d'état et devenant rarement purulente.*

S'il est important d'étudier les symptômes, la marche et les phénomènes qui caractérisent cette affection, il ne l'est pas moins de remonter aux causes pathogéniques et de déterminer exactement le rôle qu'elles ont pu jouer dans la production morbide. C'est surtout en vue du traitement que cette connaissance est nécessaire, tous les praticiens reconnaissent la justesse de cet axiome : *Sublatà causà, tollitur effectus.*

Ainsi que nous le montrerons au chapitre de la pathogénie, l'otite catarrhale est occasionnée par l'obstruction de la trompe ; cette oblitération est sous la dépendance d'un certain nombre de causes que nous pouvons ainsi

classer : Inflammations aiguës du naso-pharynx, inflammations chroniques, tumeurs, paralysie des muscles de la trompe, certain médicament, climat, âge et sexe, hérédité.

1° Inflammation aiguë du naso-pharynx. — La muqueuse de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne étant continue avec celle du naso-pharynx, identique au point de vue de sa structure, il est facile de comprendre comment un état inflammatoire du rhino-pharynx gagnera l'orifice de la trompe et pourra, par le gonflement produit, obturer complètement ce conduit. Le coryza est, de toutes les affections aiguës du rhino-pharynx, celle qui donne lieu le plus souvent à de l'otite catarrhale. Les observations en sont très nombreuses et nous donnerons comme exemple les suivantes dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Lannois.

OBSERVATION I

M. P..., se présente pour la première fois le 23 août 1888. Il est très sujet au coryza, il a des bronchites fréquentes qui paraissent liées à l'emphysème. Depuis un mois à la suite d'un coryza, diminution de l'ouïe des deux côtés avec sensation de pesanteur, de lourdeur dans la tête, surtout dans la région temporale gauche ; pas de bourdonnements. Les deux tympans sont gris sans triangles, à droite un petit reflet lumineux dans le cadran antéro-supérieur qui paraît plus clair.

Weber gauche, rinne + O.D. = 14. O.G. = 8.

Le cathétérisme donne de nombreux râles humides, le malade n'est pas sensiblement soulagé.

30 août. — Le malade va beaucoup mieux à droite O.D. = 14.

A gauche O.D. = 4, il a nettement la sensation de liquide. La paracentèse donne issue à une notable quantité de liquide clair, transparent. O.D. = 10.

7 septembre 1888. — Nouvelle paracentèse à gauche, quelques gouttes de liquide.

9 janvier 1893. — Le malade n'avait plus rien eu pendant tout ce laps de temps ; a eu ces temps-ci du coryza, il accuse une gêne très forte à gauche, rougeur vive du manche, légère ligne sombre dans la moitié inférieure ; la paracentèse donne quelques gouttes de liquide. O.D. = 25. O.G. = 3 puis 10.

16 janvier. — Nouvelle paracentèse sans liquide, le malade se trouve bien. O.G. = 10.

Cette quantité auditive s'est maintenue depuis.

OBSERVATION II (due à M. Lannois).

M. R..., soixante-sept ans, vient le 24 juin 1894. Depuis six à huit mois il est sujet plus que d'habitude à s'enrhumer du cerveau, il a une toux persistante avec expectoration. Depuis un mois, affaiblissement marqué de l'oreille droite, avec résonnance très désagréable de la voix et des bruits extérieurs, autophonie pénible. Rien à gauche. Rinne négatif à droite, positif à gauche. O.D. = contact osseux. Le tympan est enfoncé, sans lésion, le cathétérisme le soulage.

31 juin. — Cathétérisme pour la troisième fois. O.D. = 10.

21 août. — Le malade qui était très soulagé, revient avec la même gêne ; depuis deux ou trois jours, l'audition a de nouveau baissé. O.D. = 5. Le tympan paraît sans lésion sauf en arrière une ligne oblique qui occupe le cadran potéro-inférieur et paraît circonscrire la niche de la fenêtre ronde. Paracentèse. Il s'écoule une très grande quantité de liquide clair, très fortement coloré en jaune. Le malade est très soulagé.

29 août. — Nouvelle paracentèse, issue d'une petite mais appréciable quantité de liquide. Le malade va beaucoup mieux.

Fin septembre. — On a fait encore, huit jours après, une nou-

velle paracentèse frustre. Le malade a été cathétérisé trois ou quatre fois, il se trouve actuellement complètement guéri et les accidents n'ont pas reparu.

Il avait été institué un traitement contre le coryza.

2° Inflammations chroniques du naso-pharynx. —

Les maladies chroniques de la cavité naso-pharyngienne, par l'état inflammatoire permanent qu'elles entretiennent, donnent souvent lieu à de l'otite catarrhale et à des rechutes fréquentes.

OBSERVATION III (due à M. Lannois).

M. V..., trente-six ans, très sujet aux coryzas, vient pour la première fois le 7 novembre 1893. Il y a deux ans, à la suite de l'influenza, son oreille droite a coulé pendant deux ou trois jours ; depuis lors, les rhumes de cerveau sont devenus plus fréquents et déterminent facilement chez lui une sensation d'obstruction dans les deux oreilles. Il y a cinq jours, douleur vive dans l'oreille droite, depuis sensation d'obstruction.

Le tympan droit est cicatriciel, paraît contenir un peu de liquide. Le manche et le bord tympanal présentent une rougeur manifeste. La paracentèse à droite donne un écoulement abondant.

10 novembre. — Le malade a la même sensation qu'auparavant. O.D. = tragus. O.G. = 18.

Nouvelle paracentèse, issue d'une petite quantité de liquide.

25 novembre. — Nouvelle paracentèse, écoulement abondant. Le malade n'a pas eu de nouvelles poussées, on avait institué un traitement pour la rhinite chronique.

OBSERVATION IV (due à M. Lannois).

M. R..., cinquante-ans, vient le 3 avril 1895. Il se sait un peu dur d'oreilles depuis deux à trois ans, toutefois son oreille droite

valait beaucoup mieux que la gauche; de fait le tympan gauche est très cicatriciel, il y a eu un abcès il y a quinze ans. O.D. = tragus. O.G. = pavillon. Il présente une pharyngite hypertrophique des plus manifestes. Il est marchand de vin, fume beaucoup et est obligé de boire par profession. Il y a six mois, il est devenu beaucoup plus sourd de l'oreille droite où il éprouve une sensation de gêne; le tympan de ce côté présente les signes d'un épanchement léger avec des bandes fibreuses, indices de lésions plus anciennes.

Paracentèse à droite avec issue d'une très notable quantité de liquide.

4 avril. — Deuxième paracentèse que l'on fait des deux côtés, il ne sort un peu de liquide que du côté droit.

5 avril. — O.D. = 4 puis 7. O.G. = 1 à 2.

3° *Tumeurs de la cavité naso-pharyngienne.* — Les différentes tumeurs de cette cavité peuvent être divisées en quatre catégories : végétations adénoïdes, polypes, hypertrophie des amygdales, tumeurs malignes.

a) Végétations adénoïdes. — Les végétations adénoïdes retentissent sur l'oreille de trois façons : 1° en s'opposant à la pénétration de l'air; 2° en gênant la circulation de retour; 3° en entretenant un état inflammatoire de l'arrière-gorge.

1° Si elles ne sont pas assez volumineuses pour fermer l'orifice de la trompe, elles gênent les mouvements du voile du palais et suppriment la pression normale de l'air dans le naso-pharynx, il se produit une irritation de l'oreille, plus tard de la congestion, du gonflement de la muqueuse.

2° Si la tumeur est volumineuse elle exerce une pression considérable sur les parois du naso-pharynx; aux

troubles déjà mentionnés vient se joindre une stase sanguine dans les vaisseaux qui ramènent le sang de l'oreille moyenne dans les veines pharyngiennes latérales. Nous savons en effet que les parois antérieures et supérieures de la caisse ainsi que la membrane du tympan sont irriguées par une artériole qui rampe le long de la paroi supérieure de la trompe d'Eustache et la circulation de retour est assurée par un système de veinules qui rampent dans la muqueuse. La pression ainsi exercée sur la trompe peut donc amener une stase dans l'oreille moyenne, le tympan apparaît sombre, déprimé, violacé.

3° Enfin les végétations adénoïdes entretiennent dans le naso-pharynx un état inflammatoire constant. Les malades atteints de cette affection ont un coryza presque continu ; d'autre part ne pouvant pas respirer par le nez ou du moins très difficilement, les sécrétions morbides stagnent dans les cornets inférieurs et contribuent à entretenir cet état inflammatoire.

b) Polypes. — Les polypes fibreux, durs, non hygrométriques, placés ordinairement à la base du crâne, influent surtout par la déformation et la compression qu'ils déterminent.

Le polype muqueux, mou, hygrométrique, sans prolongement, ne déformant jamais les os, influe simplement par le catarrhe nasal qu'il entretient.

c) Hypertrophie des amygdales. — Le développement excessif des amygdales accompagne très souvent les inflammations aiguës ou chroniques de la cavité nasopharyngienne. Contrairement à Toynbee un grand nombre d'auteurs, tels que Itard, Ménière, Triquet, de Troeltsch, Bonnafont, ont prétendu que l'hypertrophie

des amygdales peut avoir une influence sur la fonction auditive par production du catarrhe naso-pharyngien et consécutivement par obstruction de la trompe, soit par du mucus concret, soit par granulation ou gonflement de la paroi postérieure de la trompe déterminant une parésie des muscles du voile du palais.

d) Tumeurs malignes. — Celles qui ont des proportions relativement petites agiront par le catarrhe naso-pharyngien entretenu par l'irritation ; mais si la tumeur acquiert un volume considérable, les complications proviennent de l'obstruction et de la compression de la trompe.

OBSERVATION V (Consultation gratuite.)

M^{me} X..., soixante-huit ans, se présente à la consultation gratuite au mois de novembre 1894 pour une sensation de gêne dans l'oreille droite, avec bourdonnements. Le tympan droit a l'aspect normal avec un peu de liquide à la partie inférieure de la caisse.

A l'examen de la gorge, l'amygdale droite est le siège d'une tumeur probablement de nature sarcomateuse. On fait une paracentèse, il s'écoule une quantité considérable de liquide citrin, fluide qui coule jusque sur l'épaule de la malade.

Ultérieurement la tumeur en se développant a envahi l'orifice de la trompe et rendu le cathétérisme impossible. Peu après en janvier 1895, la tumeur a pénétré dans l'oreille moyenne par la trompe, perforé le tympan et est venue faire saillie à l'orifice du conduit.

La malade est dans un état cachectique avancé ; elle n'a pas été revue.

4^e *Paralysie des muscles de l'orifice de la trompe.* — A la suite de la diphtérie, d'une fièvre typhoïde, d'une hémorragie cérébrale, il peut y avoir paralysie des mus-

cles du voile du palais. Dans ces cas, les muscles de l'ouverture de la trompe étant paralysés, les parois de ce conduit restent accolées et empêchent l'air d'entrer dans la caisse.

5° *L'iodure de potassium*. — L'iodure de potassium, comme on le sait, détermine souvent des phénomènes d'intolérance caractérisés surtout par un coryza, il n'est donc pas étonnant de voir ce médicament causer indirectement une otite catarrhale, ainsi que le prouvent les trois observations suivantes.

OBSERVATION VI (due à M. Lannois.)

M. X..., trente-quatre ans, est à la période secondaire d'une syphilis dont l'accident primitif remonte au mois de juillet 1894. Il se présente pour la première fois le 2 avril 1895, et raconte qu'ayant voulu se traiter très énergiquement, il a pris des doses très élevées d'iodure de potassium, jusqu'à 12 grammes par jour, ce qui a déterminé un coryza très intense.

Il y a quatre jours il est devenu assez brusquement sourd de l'oreille droite avec sensation de bourdonnement, de plénitude et même de déplacement de liquide dans l'oreille. Il est également gêné de l'oreille droite mais à un degré beaucoup moindre. O.D. = contact O.G. = 10.

A l'examen de l'oreille droite tous les signes classiques de la présence du liquide dans la caisse existent.

Paracentèse à droite, issue d'une très grande quantité de liquide très fluide, fortement teinté en jaune. Le malade est très soulagé.

6 avril. — Nouvelle paracentèse à droite qui ne fait sortir que quelques gouttes de liquide. On ne fait rien à gauche. Le malade a suspendu provisoirement l'usage de l'iodure.

17 avril. — Le malade a été cathétérisé deux fois. O.D. = 30 O.G. = 40.

Le malade a été revu, il n'y a pas eu de récidives.

OBSERVATION VII (due à M. Lannois.)

M. X..., quarante ans, se présente le 18 janvier 1894, il sait que son oreille gauche est plus faible que la droite depuis trois ou quatre ans. Il est sujet aux pharyngites à répétition. Syphilis contractée au mois de novembre 1892; depuis a eu, à plusieurs reprises, des plaques muqueuses dans la gorge et présente une nouvelle poussée depuis quelques semaines pour laquelle il a pris du sirop de Gibert et de l'iodure de potassium (4 grammes par jour). L'iodure a déterminé un coryza très marqué; depuis trois semaines il a la sensation qu'il existe de l'eau dans l'oreille droite depuis six jours celle-ci est devenue beaucoup plus sourde que l'oreille gauche, et il a un bruit qu'il compare à un coquillage.

O.D. = 3 puis, 5 O.G. = 8 puis, 12.

Le tympan est très difficile à voir à cause de la courbure très accusée du conduit. On ne peut apercevoir que la moitié supérieure du tympan. Le tympan droit paraît repoussé en dehors.

Weber droit, bonne audition osseuse, Rinne positif. Il y a de l'obstruction de la trompe et des râles humides manifestes pendant le cathétérisme.

26 janvier. — On fait une paracentèse qui donne issue à beaucoup de liquide séreux, clair, légèrement teinté de sang.

1^{er} février. — Le malade a toujours la même sensation; l'audition n'est pas meilleure. O.D. = 3 O.G. = 7 à 8.

5 février. — Nouvelle ponction, encore beaucoup de liquide.

10 février. — Pas de soulagement, il a continué à prendre de l'iodure de potassium. Nouvelle paracentèse suivie d'une injection de vaseline selon la méthode de Delstanche. Il ne sort que très peu de liquide, mais le malade, rentré chez lui, en a fait sortir une notable quantité en se mettant la tête en bas et en faisant le Valsalva. Cela tient à ce que les paracentèses ont été faites dans le cadran postéro-supérieur, de telle sorte que le liquide ne pouvait sortir.

14 mai. — On lui fait encore deux nouvelles paracentèses ; la dernière il y a huit jours et dans les deux cas il y eut un écoulement abondant en employant le procédé indiqué ci-dessus.

15 avril. — Le malade continue à avoir une diminution assez nette de l'audition du côté droit, mais il n'y a plus de liquide ; on a encore fait ces temps-ci deux paracentèses qui n'ont donné issue à aucune trace de liquide, d'ailleurs au cathétérisme plus de râles, O.D. = 5 O.G. = 13.

Janvier 1896. — Le malade a été vu à plusieurs reprises dans le courant de l'année dernière, la diminution de l'ouïe persiste à droite, mais il n'y a plus de phénomènes subjectifs et tout en se plaignant de sa surdité il est habitué à son état. Il a usé à deux ou trois reprises différentes, d'une façon très modérée, de l'iodure de potassium sans avoir à nouveau d'accidents du côté de son oreille.

OBSERVATION VIII (due à M. Lannois).

M. C..., trente-cinq ans, se présente le 31 mars 1894. Il y a dix jours, sous l'influence d'une assez forte dose d'iodure de potassium, il devint brusquement sourd de l'oreille gauche avec sensation de bouchon dans l'oreille et légers bourdonnements, il n'est pas tout à fait sourd, car O.G. = 15 O.D. = 40.

Le tympan gauche est très gris, à triangle remplacé par quelques stries à peine marquées ; le manche paraît saillant et fortement tiré en avant et en dehors. Paracentèse qui donne issue à une très notable quantité de liquide, on supprime l'iodure de potassium.

4 avril. — Il n'y a pas eu d'écoulement en dehors de celui provoqué par le cathétérisme. Nouvelle paracentèse qui donne encore du liquide, mais moins que la première fois.

12 avril. — Le malade va bien il se dit guéri, O.G. = 35, puis 40.

Ces observations sont d'ailleurs un peu complexes au point de vue étiologique, car il faut sans doute faire intervenir l'action de la syphilis. Celle-ci existait chez deux

de ces malades à la période secondaire et avait donné des manifestations sur l'arrière-gorge. La syphilis est notée d'ailleurs par tous les auteurs comme une des causes de l'otite moyenne catarrhale.

6° *Climat et variations de la température.* — Les causes les plus fréquentes de l'otite catarrhale étant l'inflammation du naso-pharynx, il est aisé de comprendre que cette affection se développera surtout au moment où on aura de brusques changements de température, c'est-à-dire au printemps et à l'automne.

Le Dr Grand¹ de Cannes, qui a fait une statistique intéressante sur la fréquence des maladies de l'oreille, constate que l'otite moyenne catarrhale se rencontre surtout dans les pays froids et humides. Pour la France, les bords de la Manche et de l'Océan, la vallée du Rhône sont en premier lieu et en dernier le littoral de la Méditerranée, à l'exception toutefois des Bouches-du-Rhône, région très humide.

L'otite débute à la suite d'un orage qui a brusquement refroidi la température, après un fort vent du nord, ou lorsque le malade a fait une course en voiture découverte ainsi que le prouve l'observation suivante.

OBSERVATION IX (due à M. Lannois).

M. L..., quarante-six ans, se présente le 2 avril 1894.

Il y a vingt jours, alors qu'il était insuffisamment remis d'une attaque de grippe, il monta sur un tramway par un soir froid et humide et éprouva un bourdonnement net dans l'oreille gauche. Depuis ce moment son audition a beaucoup baissé et il continue à

¹ Dr Grand, *Lyon Médical*, 1894.

avoir un léger bourdonnement avec sensation de bouchon dans l'oreille, O.D. = 30 O. G. = 6.

Le tympan droit est très transparent et laisse voir : l'enclume, la corde du tympan et la niche de la fenêtre ronde. Le tympan gauche est également transparent, on voit nettement l'enclume en avant de laquelle il y a un reflet lumineux ; au-dessous de l'enclume une grosse tache blanche irrégulière qui ne se déplace pas dans les mouvements de tête.

Paracentèse qui donne issue à une notable quantité de liquide clair.

9 mai. — Le liquide s'étant reproduit, il lui a été fait deux autres paracentèses avec écoulement abondant le 6 et 4 avril. Aujourd'hui, bien qu'il paraisse persister un peu de liquide à gauche, le malade entend bien et se considère comme guéri, O. D. = 40 O. G. = 20.

Il a été revu à plusieurs reprises et n'a pas eu d'abaissement de l'audition.

Le Dr Morel⁴ a fait une statistique portant sur 117 cas qu'il a observés pendant une année.

Janvier . . . 6 cas	Juillet . . . 12 cas
Février . . . 12	Août . . . 3
Mars . . . 14	Septembre . 11
Avril . . . 9	Octobre . . 10
Mai . . . 10	Novembre . 10
Juin . . . 11	Décembre . 9

Nous voyons que les mois de février et mars sont les mois où les cas ont été plus nombreux. En juin et juillet il y eut, paraît-il, cette année-là, beaucoup d'orages et de changements brusques de température, ce qui explique le

⁴ Pelletier, thèse, Bordeaux, 1888.

chiffre élevé de malades ; en août au contraire, qui fut très sec, il n'y eut que trois cas.

7° *Age et sexe.* — Le D^r Movre a constaté que la plus grande fréquence de cette affection était de cinq à quinze ans. Les considérations théoriques les plus simples expliquent du reste suffisamment ce fait. Le tempérament lymphatique et le défaut de résistance au froid extérieur sont les causes prédisposantes les plus ordinaires ; or, à aucun âge de la vie, le système lymphatique ne prédomine comme dans l'enfance, de même qu'à aucun âge on ne prend moins de précautions pour se garantir des intempéries.

Le sexe maculin fournit un fort contingent, 74 pour 100, ce qui s'explique facilement si l'on songe que par ses travaux, ses occupations, l'homme est beaucoup plus exposé aux variations de température.

8° *Hérédité.* — La plupart des auteurs signalent comme cause l'hérédité et lui font jouer le principal rôle. Hubert Valleuroux prétend même que l'otite catarrhale débute du même côté chez plusieurs membres d'une même famille. Cette opinion est certainement exagérée et nous croyons plutôt à une influence indirecte ainsi que le dit Corradi¹ : « Les rhinites chroniques, dit-il, les végétations adénoïdes sont héréditaires et se transmettent de père en fils ; or, étant donné le rôle considérable que jouent les rhinopathies dans la genèse des affections de l'oreille, il est aisé de concevoir comment, par ce procédé indirect, l'in-

¹ Corradi, *Il Sordomuto*, n° 10-11, 1891.

fluence héréditaire peut s'observer dans la production de cette maladie. »

En résumé, les affections aiguës ou chroniques du nasopharynx prédisposent à cette affection. Sous l'influence d'un brusque changement de température, la trompe s'oblitére, l'otite catarrhale est constituée ; enfin les enfants et les hommes sont les sujets qui sont le plus souvent atteints.

CHAPITRE III

Symptômes et diagnostic.

Nous ne nous occuperons dans ce chapitre que des principaux symptômes de l'otite catarrhale, notre travail n'étant pas une description complète de cette affection, mais plutôt une étude de la pathogénie de cette maladie.

On peut diviser les symptômes en symptômes subjectifs et objectifs.

I. Symptômes subjectifs.

Les symptômes subjectifs sont excessivement variables suivant les sujets ; les uns seront à peine gênés par un fort épanchement, tandis que pour d'autres la présence d'une très petite quantité de liquide donnera lieu à des bourdonnements et à des douleurs intolérables. Les symptômes les plus constants sont : la douleur, les bourdonnements, la surdité, la longue durée de l'affection.

a) *La douleur.* — Les malades accusent presque tous

un début brusque s'accompagnant de douleurs plus ou moins vives dans une moitié de la tête, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION X (due à M. Lannois).

M. C..., vingt-sept ans, 14 mars 1894. Il est très sujet aux rhumes de cerveau; depuis huit jours, il est sourd de l'oreille droite avec bourdonnement qu'il compare à de l'eau qui tombe, il a en même temps une douleur véritable dans tout le côté droit de la tête.

Le tympan est clair, d'aspect rosé, nettement repoussé en dehors avec un manche court et mince. O.D. = 5.

Après une paracentèse qui fait sortir une notable quantité de liquide : O.D. = 15. Weber droit, Rinne positif des deux côtés. O.G. = 40 à 50.

21 mars. — Le malade va bien. O.D. = 40 à 45.

Traitement pour la gorge et le nez.

30 mars. — Le malade se croyant guéri, a fait un petit voyage dans lequel il a dû faire un long trajet en voiture et au milieu de la nuit ; il a eu froid, depuis trois jours a de nouveau mal à l'oreille. O.D. = 5.

A la paracentèse, écoulement très abondant.

9 avril. — Nouvelle paracentèse, écoulement abondant, se plaint d'un peu de gêne à gauche.

12 avril. — Va bien du côté droit, mais bourdonnement intense à gauche. Paracentèse à gauche, beaucoup de liquide.

26 avril. — Le malade entend très bien des deux côtés. O.D. = O.G. = 50.

Le plus souvent, au lieu d'une véritable douleur dans l'oreille, c'est une sensation d'obstruction, de bouchon, il leur semble qu'ils ont un poids sur la tête et portent fréquemment leur main à la région frontale comme pour s'en débarrasser.

•

OBSERVATION XI (due à M. Lannois).

M. R..., vingt-trois ans, a eu la grippe vers le 15 janvier 1894; il y a quinze jours et depuis quatre jours sans douleur il est devenu sourd de l'oreille gauche, il n'a pas de bourdonnements, mais seulement une sensation de bouchon dans l'oreille.

Rien à droite. O.G. = 2. O.D. = 40 à 50.

Tympan gauche rouge. Paracentèse, écoulement abondant. O.G. = 8.

3 février. — O.G. = 25 puis 30 à 35 après cathétérisme, le malade est très soulagé.

Chez presque tous les malades, la douleur se produit au début de l'otite, alors que celle-ci est dans sa phase aiguë, puis, après un ou deux jours, la douleur disparaît pour faire place à une sensation de gêne.

b) *Bourdonnements*. — Il est très rare de voir des malades ayant un épanchement dans la caisse ne pas se plaindre de bruit ou de bourdonnements. Les uns comparent ces bruits à celui que ferait un essaim d'abeilles, à de l'eau qui tombe, à un sifflement, à un jet de vapeur. Pour d'autres, c'est un bourdonnement continu, augmentant surtout le soir et lorsqu'ils sont couchés.

Certains malades ont une résonance particulière, très pénible, des bruits extérieurs, et même de leur propre voix.

OBSERVATION XII (due à M. Lannois).

M. F..., cinquante-sept ans, a été soigné en 1892 par le Dr Joly qui lui a enlevé un polype de l'oreille. Goryza purulent depuis

plusieurs années. Il se présente le 14 janvier 1895 se plaignant d'être sourd depuis trois semaines, le malade se plaint surtout de la résonance de sa propre voix et d'une sensation de bouchon dans l'oreille droite. O.D. = 2 à 3 O.G. = 15.

Le manche est blanc, grosse tache blanche à la partie postéro-inférieure. La paracentèse fait sortir peu de liquide, mais soulage beaucoup le malade de ses phénomènes subjectifs.

17 janvier. — L'abaissement et la résonance de la voix se sont reproduits du côté droit, de plus, sensation de gêne à gauche. Double paracentèse, beaucoup de liquide. Le malade n'a pas été revu.

Les malades ont aussi parfois la sensation de flot, il semble que, lorsqu'ils remuent la tête, le liquide se déplace; un de nos malades, atteint pour la troisième fois, put nous assurer qu'il avait du liquide dans l'oreille « car, disait-il, il l'entendait clapoter ». (obs. XVI).

c) *Surdité*. — La surdité est très variable; il est des cas où elle peut être absolue.

OBSERVATION XIII (due à M. Lannois).

M. C..., quarante-neuf ans, se présente le 5 janvier 1894, est devenu brusquement sourd à droite, il y a un mois. O.D. = contact osseux fort. Signes classiques d'épanchement à droite. Paracentèse. Guérison.

Mais des cas comme celui-ci sont fort rares; beaucoup d'auteurs font de la surdité un symptôme capital, ce qui n'est pas; l'audition est abaissée, mais souvent malgré un fort épanchement les malades entendent encore la montre à 10 et même 15 centimètres. Il est probable que dans ces

cas, l'onde sonore se propage à l'oreille interne par l'intermédiaire du liquide.

d) *Longue durée.* — Il est un symptôme capital sur lequel la plupart des auteurs ont peu ou pas insisté, c'est la longue durée de la maladie. Des malades peuvent conserver dans l'oreille moyenne un vaste épanchement pendant des mois, sans que nuls phénomènes inflammatoires ne viennent compliquer la maladie. Nous en donnons deux beaux exemples. Dans le premier cas la maladie remontait à dix mois, dans le second, à neuf mois.

OBSERVATION XIV (due à M. Lannois).

M. G..., soixante et onze ans, de Draguignan, se présente le 4 octobre 1894, il est sourd depuis l'an dernier au mois de décembre; à ce moment, il eut un gros rhume, toussait et mouchait beaucoup; il devint rapidement sourd des deux côtés; il se plaint en outre de bourdonnements pulsatils correspondant au pouls; de temps à autre, bruit de cloche ou de trompette; légers vertiges lorsqu'il relève brusquement la tête baissée. Les deux tympans sont uniformément gris sans triangle, le manche a l'aspect très grêle et raccourci. O.D. = contact osseux fort. O.G. = 0.

Après cathétérisme, O.D. = tragus léger. O.G. = 0.

5 octobre. — Après le cathétérisme d'hier, le malade a eu pendant toute la journée un goût de sel dans la bouche du côté gauche, très vraisemblablement par excitation intra-tympanique de la corde du tympan.

Paracentèse double; issue de beaucoup de liquide; le malade est extraordinairement soulagé, il n'a plus de bourdonnements et entend la montre à 5 ou 6 centimètres.

6 octobre. — Léger abaissement, un peu de gêne à gauche.

8 octobre. — La voix des personnes qui lui parlent lui semble un peu voilée, il entend très bien. O.D. = 23. O.G. = 2.

9 octobre. — Double paracentèse, rien à droite, assez de liquide à gauche. Le malade se considère comme guéri et repart pour son pays.

Au mois de janvier, ce malade écrit qu'il est redevenu sourd, mais moins qu'auparavant, et sur l'indication qui lui en est donnée, il va consulter le Dr Grand, de Cannes. Celui-ci, d'après les renseignements qu'il a bien voulu nous fournir, a également pratiqué la paracentèse, mais n'a fait sortir aucune trace de liquide, de sorte qu'on peut attribuer la surdité à l'organisation d'un peu de liquide fibrineux resté dans la caisse.

OBSERVATION XV (due à M. Lannois).

M. B..., vingt-deux ans, vient le 12 janvier 1895. Il raconte qu'il est resté sourd depuis l'influenza de 1890 ; depuis cette époque il est dur d'oreille tous les hivers et se trouve mieux pendant l'été. Toutefois, l'été dernier il est resté beaucoup plus sourd, ce dernier accès ayant débuté au mois de mars dernier, alors qu'il était au régiment. Il se plaint de bourdonnements du côté droit ; souvent légers étourdissements. O.D. = tragus. O.G. = 1.

26 janvier. — Paracentèse, issue d'une notable quantité de liquide à gauche, presque rien à droite. O.D. = 14. O.G. = 8.

2 mars. — Double paracentèse, beaucoup de liquide à droite, rien à gauche. O.D. = 12. O.G. = 8. Le malade n'a pas été revu.

Enfin on trouve également chez quelques malades, parfois des vertiges légers dus, sans doute, dans le cas de vastes épanchements (obs. XIV), à la compression de l'oreille interne.

II. — Symptômes objectifs.

Lorsqu'on examine un tympan chez un malade atteint d'otite catarrhale, on voit que le tympan a perdu sa cou-

leur blanc nacré pour prendre une teinte grise, opaque (v. fig. 1 et 2), quelquefois légèrement rosée autour du manche, surtout au début de l'affection.

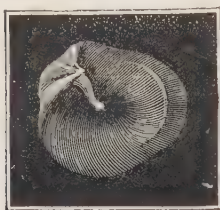


Fig. 1¹.



Fig. 2.

OBSERVATION XVI (due à M. Lannois).

M. V..., quarante-cinq ans, a été soigné dans le courant de mars pour un abaissement de l'audition datant de quatre mois et survenu à la suite d'un coryza. Il revient le 14 avril se plaignant d'avoir eu à nouveau un abaissement très marqué de l'oreille droite. Tympan uniformément gris sans triangle lumineux, avec un petit reflet dans le segment postérieur le long du manche. O.D. = contact. O.G. = 15.

Paracentèse à droite, issue d'une notable quantité de liquide.

12 mai. — Nouvelle paracentèse, beaucoup de liquide après cathétérisme. O.D. = 15. O.G. = 30 à 35.

Quelquefois on peut voir, lorsque le tympan est mince, une ligne sombre séparant le tympan en deux parties, une supérieure plus claire, une inférieure plus sombre. Cette ligne, qui indique la hauteur du liquide (v. fig. 2, 3, 4, 5), reste horizontale lorsqu'on fait incliner la tête du malade en avant ou en arrière. Il est plus fréquent de voir, non plus une ligne, mais une tache blanche, tran-

¹ Ces figures sont tirées du *Traité des Maladies des Oreilles*, de Politzer.

chant nettement sur la couleur grise du tympan et placée ordinairement dans le segment postéro-inférieure moins souvent dans le segment antéro-inférieur (obs. XIV, XVII, XXVI). Cette tache blanche, qu'on voit par trans-



Fig. 3.



Fig. 4.

parence, est plus ou moins circulaire, elle est l'indice certain qu'il y a du liquide dans la caisse.

La membrane du tympan montre les signes caractéristiques de la rétraction ainsi décrit par Bezold¹: « La longue



Fig. 5.



Fig. 6.

branche du marteau apparaît plus oblique et la moitié inférieure du tympan est plus large (v. fig. 1). La membrane de Schrapnell est rétractée et peut présenter des plis variés; mais souvent on en voit un qui est pathogno-

¹ Bezold, *Berliner klin. Wochenschr.*, 1883,

monique qui prend de la courte apophyse pour aller en bas et en arrière, si marqué quelquefois qu'il cache le manche. » Toutefois, il est souvent impossible d'affirmer si le tympan est repoussé en dehors ou en dedans.

Le manche du marteau est ordinairement plus oblique qu'à l'état normal, il se présente presque toujours avec un aspect plus mince, plus petit; c'est là un signe très important, sur lequel notre maître, le D^r Lannois, a souvent attiré notre attention, et il est un fait certain que, dans presque toutes nos observations, ce signe est mentionné.

OBSERVATION XVII (due à M. Lannois).

M. L., cinquante-trois ans, verrier. Il y à cinq ans, il a pris des bourdonnements, et, depuis, l'oreille gauche est restée dure.

Il vient le 15 octobre 1894, se plaignant de surdité et d'autophonie.

Le tympan gauche semble repoussé en dehors, le manche est court et mince, grosse tache blanche au centre. O.D. = 6. = O.G.

20 octobre. — Paracentèse; issue d'une grande quantité de liquide.

7 novembre. — On lui a encore fait deux autres paracentèses, toujours avec liquide abondant. Le malade est très soulagé.

21 novembre. — Le malade se considère comme guéri. O.D.=6. O.G. = 22.

Un renseignement important est donné par le triangle lumineux. Il est ordinairement plus allongé, plus étroit, présentant un éclat inaccoutumé. En outre, entre ce triangle et la périphérie on a parfois d'autres petits réflexes lumineux qui ont été décrits pour la première fois par Politzer. Ordinairement ces réflexes se trouvent sur la

membrane de Schrapnell où on en voit fréquemment deux petits accolés l'un à l'autre. On peut en trouver aussi, mais moins souvent dans la partie postérieure et inférieure. Toutefois il peut se faire que le triangle lumineux manque complètement.

Un symptôme des plus constants est fourni par le cathétérisme, à chaque insufflation d'air, on entend un bruit de gargouillement, comparable au râle crépitant. Ce symptôme à lui seul, permet d'affirmer la présence du liquide.

Enfin, lorsqu'on a pratiqué le cathétérisme, on peut voir des bulles d'air accolées à la paroi interne du tympan, comme le représente la figure 6, toutefois, il faut s'assurer par un lavage du conduit que ces bulles d'air ne sont pas à la partie externe car les malades ont l'habitude de s'introduire de l'huile dans l'oreille, ce qui peut englober quelques bulles d'air et les fixer contre le tympan.

Paralysie faciale. — M. le Dr Lannois a signalé, au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de Clermont 1894, la paralysie faciale comme succédant aux lésions inflammatoires de l'oreille moyenne. L'inflammation du début de l'otite catarrhale se propage au névrileme à travers un canal de Fallope incomplet. Dans la majorité des cas des douleurs apparaissent un à deux jours, parfois dix à quinze jours avant la paralysie faciale. Elles existent au moins dans la moitié des cas ; elles siègent dans la profondeur de l'oreille moyenne, au niveau de l'apophyse mastoïde, au col du condyle, beaucoup plus exceptionnellement à la périphérie. Ces paralysies du type périphérique sont en vérité peu fréquentes dans l'otite catarrhale et guérissent facilement, surtout si on institue un traitement rationnel au lieu des longues et fastidieuses séances d'électrisation.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'otite catarrhale n'est pas sans présenter quelques difficultés, car il est rare de trouver chez le même malade tous les symptômes énumérés au commencement de ce chapitre, il peut même se faire qu'à l'examen du tympan rien ne vienne révéler la présence du liquide ainsi que le prouve cette observation.

OBSERVATION XVIII (due à M. Lannois).

M. S..., cinquante-cinq ans, se présente le 19 juillet 1894. Il est très sujet aux rhumes de cerveau ; il y a deux mois il fut obligé de sortir par une nuit froide et humide, il s'enrhuma et eut un abaissement rapide de l'audition dans les deux oreilles. Il eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Il accuse une sensation de plénitude dans les deux oreilles avec bourdonnements. Les deux tympanes ne présentent rien qui puisse faire penser à la présence de liquide. Ils paraissent enfoncés et très épaissis; ils sont d'un gris blanc uniforme et sans triangle. O.D. = 2 à 3. = O.G.

Au cathétérisme, râles au passage de l'air.

30 juillet. — Double paracentèse, liquide abondant des deux côtés.

Le malade est très soulagé. O.D. = 4. O.G. = 8.

11 août. — Deux nouvelles paracentèses ont été faites et ont donné un liquide abondant.

15 septembre. — Le malade qui allait bien est retombé. Double paracentèse, liquide abondant des deux côtés. Injection de vaseline de Delstanche.

26 septembre. — Nouvelle paracentèse et injection de vaseline.

Février 1895. — Le malade continue à bien aller, et ne revient plus. On avait appliqué un traitement contre le coryza : eaux sulfureuses et application d'huile mentholée.

Ce qu'il y a d'important dans cette observation, c'est que de tous les signes de l'épanchement, le bruit de râle au cathétérisme seul existait ; c'est en effet le meilleur symptôme. Toutefois le cathétérisme peut être impossible ; aussi faut-il pouvoir faire un diagnostic même sans insufflation. Il faut interroger avec soin le malade, le début coïncidant avec une angine ou un coryza, la longue durée de la maladie, les bourdonnements, l'autophonie sont déjà d'excellents signes en faveur de l'otite catarrhale, et quand à cela se joindront un manche court et mince, une grosse tache blanche et plusieurs reflets lumineux, le diagnostic pourra être fermement établi.

Pronostic.

L'otite catarrhale peut guérir complètement. Ainsi il est fréquent de voir des enfants qui ont du liquide dans la caisse et qui après deux ou trois insufflations d'air sont totalement guéris. Toutefois, d'une manière générale, le pronostic est assez sombre à cause des conséquences qui en résulteront pour la fonction de l'oreille moyenne. Cette affection étant en général peu douloureuse, ce n'est le plus souvent qu'après un long temps que le malade vient se faire soigner ; le liquide s'est organisé et le traitement n'améliorera que passagèrement l'audition (obs. XXIII et XXIV). D'après les statistiques, 84 pour 100 des surdités sont occasionnées par l'otite catarrhale.

En effet, si cette affection n'est pas soignée, elle amène après elle des suites fâcheuses qui sont¹ :

¹ Dr Orne Green, *Boston Med. et Surg. Journal*, 1884.

1° L'allongement permanent des fibres de la membrane du tympan, qui devient d'une flaccidité telle que souvent après le rétablissement de la perméabilité de la trompe d'Eustache, elle est devenue beaucoup moins propre à la transmission des sons ;

2° La rétraction permanente du muscle tenseur du tympan ou des adhérences entre la membrane du tympan et la paroi de la caisse ;

3° La non-absorption des sécrétions et la persistance pendant un temps indéfini des symptômes du début.

Au contraire, si l'otite catarrhale a été traitée dès le début par la paracentèse et les insufflations d'air, l'audition pourra récupérer toutes ses fonctions.

Toutefois, si la mauvaise saison se prolonge, si le pays est froid et humide, la tendance aux récidives est très grande. Au moindre refroidissement une nouvelle atteinte, et à chacune d'elles l'inflammation se dissipe moins complètement. La muqueuse perd sa souplesse et les troubles de la sclérose s'accroissent. Les otites catarrhales auront donc plus de tendance à passer à la chronicité dans les pays froids et humides.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Avant d'entrer dans l'étude de la pathogénie de l'otite catarrhale, nous allons donner quelques notions sommaires sur le rôle de la trompe d'Eustache. Elle est en communication d'une part avec l'oreille moyenne et d'autre part avec le rhino-pharynx. A son ouverture dans cette dernière cavité, le pavillon est muni de muscles qui en assurent le fonctionnement. D'après Fournié, la trompe est toujours ouverte et son obturation n'est que momentanée au moment de la déglutition.

Duval et la plupart des physiologistes n'admettent pas cette opinion et pensent que la trompe est normalement fermée, ne s'ouvrant qu'au moment de la déglutition du chant, du bâillement.

Quoi qu'il en soit, la trompe est chargée de faire communiquer l'oreille moyenne avec l'air extérieur, de façon à maintenir sur les deux faces du tympan une pression égale, condition indispensable pour une bonne audition.

En effet, malgré l'opinion de Menière qui prétendait que « l'absence de l'air dans la caisse ne donne lieu à de la surdité que quand il existe en même temps des lésions plus profondes », l'obstruction de la trompe donne lieu à de graves symptômes du côté de la caisse. Si la perméabilité du conduit est interrompue, l'air de la caisse ne se renouvelle pas ; son oxygène est absorbé par les globules rouges du sang ; il se produit une raréfaction dans la caisse, car la production d'acide carbonique ne compense pas la perte d'oxygène. Cette raréfaction fait sentir son effet sur les parois souples de la caisse, sur le tympan d'une part et sur la membrane de la fenêtre ronde de l'autre. Les vaisseaux de la muqueuse se dilatent en conséquence de la diminution de pression.

Si l'obstruction cesse à ce moment, tout rentrera rapidement dans l'ordre, mais si l'oblitération continue, le résultat sera la transsudation du sérum. Chez le fœtus, on sait que la cavité de l'oreille moyenne est remplie par un coussinet muqueux ; or il peut se faire que la régression de ce bouchon muqueux se produise avant que le fœtus ait respiré. Dans ces cas, on trouve un épanchement séreux dans la caisse qui est venu combler le vide fait par la disparition du mucus.

D'autre part, la muqueuse de la caisse participe à l'inflammation de la gorge et de la trompe et contribue à produire l'exsudat. Quel est de ces deux processus celui qui joue le rôle principal ? Il est difficile de le dire ; toutefois nous croyons que l'obstruction de la trompe est véritablement la cause de l'épanchement. Ainsi donc, inflammation de la muqueuse, exsudat dans la caisse, tels sont les deux points qu'il nous faut étudier.

Etant donné que l'otite catarrhale n'entraîne jamais la mort, il est difficile d'avoir des notions exactes sur l'anatomie pathologique de la muqueuse; toutefois, Habermann¹ a été assez heureux pour pouvoir faire cet examen sur un enfant d'un an et demi.

« La muqueuse, dit-il, est rouge, gonflée, soit par place, soit dans toute l'étendue de la caisse. Le tympan, vu du dehors, est transparent, ce qui permet de voir les limites de la sérosité sécrétée; dans les cas où les manifestations inflammatoires atteignent un haut degré, il est lumineux, infiltré de sérosité un peu rouge et a perdu son éclat. S'il y a beaucoup d'exsudat dans la caisse, il fait une saillie à l'extérieur. Au microscope, l'épithélium paraît plus épais et gonflé avec prolifération cellulaire; la muqueuse a ses vaisseaux augmentés de volume et gorgés de sang. Parfois il y a une augmentation des cellules conjonctives et, par place, des foyers d'infiltration inflammatoire surtout à la surface et au voisinage des vaisseaux. Dans les cas où il y a davantage encore de catarrhe, cette inflammation peut devenir diffuse. Dans les points infiltrés on voit de nombreux leucocytes qui traversent l'épithélium et qui se mélangent au mucus sécrété. Chez les enfants, on trouve parfois des soulèvements de la muqueuse en forme de papilles, surtout dans les parties qui entourent l'ouverture de la trompe. Il est tout à fait exceptionnel que le tympan se perfore sous l'influence d'un exsudat abondant.

« Le catarrhe peut guérir complètement, l'exsudat et les cellules néo-formées subissant la métamorphose régressive

¹ Habermann, *Handbuch der Ohrenheilkunde de Schwartze*, p. 426.

et étant résorbés, mais souvent aussi le catarrhe se renouvelle ou bien il passe à la chronicité. »

Le liquide épanché dans la caisse présente deux aspects différents : ou bien il est clair, jaune ambre, liquide, ou bien il est visqueux, sous forme de bloc gélatineux. Ce liquide contient : des globules rouges, en petit nombre ordinairement, pâles, déformés ; des globules blancs plus nombreux ; de la fibrine et quelques cellules isolées.

Si maintenant on examine ce liquide au point de vue bactériologique, les auteurs sont loin d'être d'accord. Il est vrai que si l'on considère combien il est difficile d'introduire dans l'oreille moyenne une pipette stérilisée et d'en tirer une goutte de mucus sans venir en contact avec les parois ou les poils du conduit, on se rendra facilement compte des causes qui ont pu induire en erreur les auteurs qui nous ont précédé.

Maggiore et Gradenigo ¹ ont constaté sur 20 cas d'otite catarrhale 16 fois la présence de microorganismes pathogènes ; dans 4 cas, ils n'ont rencontré que des saprophytes. Dans un des cas où ils n'ont pas trouvé de microorganismes pyogènes, il s'agissait d'une lésion relativement ancienne dans laquelle le processus inflammatoire était éteint et ne laissait plus que des traces sur son passage.

Moos ² prétend que les microbes sont présents dans tous les cas. D'après ces auteurs, les mêmes microorganismes se trouvent dans les otites catarrhales ou purulentes ; la différence dans les sécrétions tiendrait aux différences de terrain et de constitution individuelle.

¹ Gradenigo, *Annales des mal. de l'or.*, 1889.

² Moos, *Deutsche med. Wochenschr.*, 1881.

Chatellier, Lévy, Schrader, Zaufal trouvent toujours des bacilles et cherchent à expliquer la différence des sécrétions par des microbes plus ou moins virulents.

Kanthack, en 1890, reprenant les expériences de Zaufal, a trouvé dans 6 cas 5 fois le staphylocoque et une fois le pneumocoque.

En 1892, Scheibe, de Munich, publiait dans les *Archives of Otology* un article où il donnait le résultat de ses expériences sur le liquide de l'otite catarrhale. Après avoir soigneusement désinfecté le conduit auditif externe, il recueillait le liquide immédiatement après la paracentèse et faisait des cultures ; or dans aucun cas il ne trouva de bacilles.

Nous sommes donc en présence de deux opinions bien différentes ; d'un côté tous les auteurs qui ont trouvé des bacilles, de l'autre Scheibe seul, qui dans quatre cas n'a pas trouvé de microbes. C'est dans le but d'éclaircir ce point de pathologie que nous avons entrepris ce travail, et nous sommes arrivé à cette conclusion : le liquide de l'otite catarrhale au début contient toujours des bacilles, puis, après un certain temps, les bacilles disparaissent. Il est donc probable que, pour détruire les microbes, l'exsudat est doué d'un pouvoir bactéricide. Pour prouver cette opinion, nous nous appuyons sur trois ordres de faits :

1° Sur l'analogie du mucus de la caisse avec le mucus nasal ;

2° Sur nos expériences personnelles prouvant que l'oreille moyenne est ordinairement aseptique ;

3° Sur nos observations cliniques avec examen bactériologique.

1° *Analogie du mucus de la caisse avec le mucus nasal.* — Straus a démontré par des expériences que l'air inspiré contenait un grand nombre de microbes, tandis que l'air expiré en était complètement dépourvu, il pensa donc que le nez devait les arrêter. Il expérimenta alors sur les élèves de son service ; pour cela il introduisit dans le nez un tampon d'ouate et ensemença. Il eut toujours des cultures, et trouva même le bacille de la tuberculose. Ces expériences qui, ainsi que nous le verrons plus loin, sont en contradiction avec celle de Saint-Clair-Thomson ne doivent pas nous étonner, car il est certain qu'à l'entrée des fosses nasales, les microbes doivent être très nombreux, tandis que, à la partie postérieure, ainsi que le démontre Saint-Clair-Thomson, il n'y en a probablement plus.

Pirogoff, Michel¹, Schech², Hack s'étonnaient à bon droit de l'innocuité des interventions sur le nez et pensaient que le mucus par sa viscosité arrêtaient les poussières et les microbes, diluait leurs produits de sécrétion et les rendait ainsi moins offensifs.

Lermoyez et Wurtz³, constatant que le nez, quoique recevant de l'extérieure une très grande quantité d'agents pathogènes, se comporte vis-à-vis des traumatismes en particulier, comme une cavité relativement aseptique, pensèrent que les microbes qui y pénétraient ne doivent pas seulement y être retenus, mais doivent aussi y être détruits. Ils furent donc amenés à attribuer cette action stérilisante au mucus nasal et pensèrent que ce mucus possédait probable-

¹ Michel, *Krankheiten der Nase*, 1876.

² Schech, *Krankheiten der Nase*, 1885.

³ Lermoyez et Wurtz, *Annales des mal. des oreilles*, 1891.

ment un pouvoir bactéricide analogue à celui de certains sérums, à celui de l'albumine de l'œuf démontré par Wurtz¹. Cette propriété des sécrétions muqueuses semble avoir été pressentie par Bichat² qui constate que les mucus se putréfient difficilement ; une observation analogue a été faite par Gauthier³, qui parlant de la mucine fait remarquer que les solutions de cette substance sont presque imputrescibles.

Dans une série d'expériences, Lermoyez et Wurtz recueillirent du mucus nasal et étudièrent son action sur différents bacilles et en particulier sur la bactérie charbonneuse ; dans tous les cas les bacilles furent détruits après un temps plus ou moins long suivant leur degré de virulence ; la bactérie charbonneuse fut de tous les bacilles, celui qui fut le plus promptement détruit.

Saint-Clair-Thomson⁴, dans un travail récent, montre que l'arrière-cavité nasale est généralement aseptique ; sur une moyenne de 84 pour 100 des sujets examinés il n'y avait aucune trace de microorganismes. Ces résultats démentent l'opinion généralement admise que l'intérieur d'un nez fourmille de bactéries : « J'ai essayé, dit-il, avec le Dr Helwett de placer des cultures pures du *bacillus prodigiosus* sur la muqueuse nasale et d'observer leur transformation. En moins d'une heure le bacille avait presque entièrement disparu et au bout d'une heure il

¹ Wurtz, *Société de Biologie*, 1890.

² Bichat, *Traité des membranes*.

³ Gauthier, *Traité de Chimie*, t. III, p. 159.

⁴ Saint-Clair Thomson, *Annales des mal. de l'or.*, janvier, 1896.

était impossible d'en retrouver la moindre trace. Cette expérience a été répétée un grand nombre de fois et toujours avec le même résultat. »

D'autre part, si nous consultons l'embryologie nous voyons que la caisse, la trompe et la cavité pharyngienne font partie d'un même ensemble. L'oreille moyenne n'est que la transformation de la première fente pharyngienne. Les deux bords de cette fente se réunissent pour former d'abord une gouttière ; puis les lèvres s'accolent et forment un canal qui s'ouvre en dedans dans le pharynx ; la caisse du tympan n'est qu'une dilatation de ce conduit. La muqueuse de la caisse est recouverte d'un épithélium pavimenteux. Kolliker y a constaté la présence de cils vibratiles et de glandes en tube ; elle se continue sans ligne de démarcation appréciable avec la muqueuse de la trompe d'Eustache et par suite avec celle du pharynx.

Donc, puisque la muqueuse nasale sécrète un sérum doué d'un pouvoir bactéricide, la muqueuse de l'oreille moyenne qui est formée par un diverticule de la cavité pharyngienne, qui est identique au point de vue de sa structure, qui se continue sans ligne de démarcation appréciable, doit jouir d'un pouvoir semblable.

2° *L'oreille moyenne est-elle aseptique ?* — Si le mucus de l'oreille moyenne comme celui des fosses nasales est bactéricide, à l'état sain la cavité tympanique doit se comporter comme l'arrière-cavité du nez : elle doit être aseptique.

Pour cela, notre maître le D^r Lannois a fait un assez grand nombre d'expériences sur des animaux. Il était, en effet, matériellement impossible d'expérimenter sur

l'homme ; quant aux expériences qui ont été faites sur le cadavre les résultats obtenus n'ont aucune valeur car les bacilles se répandent rapidement dans tout l'organisme après la mort ; on est donc forcé de se contenter des expériences faites sur les animaux.

Les expériences ont été pratiquées d'une part sur des chiens qui venaient d'être sacrifiés quelques minutes auparavant par hémorragie et que M. le professeur Lépinc a bien voulu mettre à notre disposition, et d'autre part sur des lapins.

Dans tous les cas on a sacrifié l'animal et ouvert immédiatement le crâne, puis après avoir enlevé le cerveau, on a fait sauter à la gouge la paroi interne du rocher. On a alors gratté la surface muqueuse de la caisse et les osselets etensemencé des tubes de bouillon ordinaire ou à la somatose suivant le procédé indiqué récemment par M. Gerest.

Quatre chiens ont été sacrifiés et neuf tubes de bouillon ensemencés. Les trois premiers tubes de bouillon ont donné des cultures, mais il faut noter que les précautions nécessaires n'avaient pas été prises et en faisant sauter le rocher, le liquide céphalo-rachidien mélangé avec du sang avait pénétré dans la caisse. Les cultures ont été très rapidement envahies par des microbes très nombreux et de nature très différente, ce qui montre bien qu'il s'agissait de contamination accidentelle. *Les six autres tubes de bouillon n'ont pas donné de cultures.*

Les expériences sur les lapins ont été faites de la même manière ; cinq lapins ont été sacrifiés et onze tubes de bouillon ensemencés ; il est bon de noter que dans le dernier tube on a arraché les osselets et on les a placés dans

le bouillon; or, *les onze tubes de bouillon n'ont pas donné de cultures.*

En résumé on aensemencé vingt tubes de bouillon : dix-sept sont restés stériles, trois, qui avaient été contaminés, ont donné des cultures.

Il résulte donc de ces expériences que l'oreille moyenne chez les animaux ne contient pas de bacilles. Il est donc probable que chez l'homme il en est de même et que l'oreille moyenne se comporte dans l'organisme comme une cavité close, c'est-à-dire comme une cavité aseptique.

Il y a là un rapprochement intéressant à faire entre l'oreille moyenne et les glandes annexes du tube digestif. On sait en effet que les voies biliaires, les conduits excréteurs des glandes salivaires, du pancréas bien que, débouchant dans un milieu très riche en microbes ne contiennent eux-mêmes de microorganismes que dans une très faible étendue. Les glandes elles-mêmes sont normalement aseptiques. L'oreille moyenne communique également avec les premières voies digestives et respiratoires où l'opinion générale admet la présence de nombreux microbes et cependant les cultures que nous avons faites avec la muqueuse normale sont restées stériles. Si nous avons pu multiplier nos expériences, nous aurions peut-être trouvé de temps à autre quelques cultures positives, car il est probable que la trompe n'oppose pas un obstacle absolu à la pénétration des microorganismes. Mais il est vraisemblable aussi, que les microbes trouvés auraient été atténués dans leur virulence.

Nos expériences sur l'oreille moyenne concordent donc avec celles de Saint-Clair-Thomson sur le nez ; à l'état normal ces cavités ne contiennent pas de bacilles.

3° *Observations d'otite catarrhale avec examens bactériologiques de l'exsudat.* — Si le mucus de l'oreille moyenne est doué d'un pouvoir bactéricide, le liquide de l'otite catarrhale ne doit pas, après un certain temps, contenir de bacilles. Nous avons donc recueilli l'exsudat chez un assez grand nombre de malades, soit au début, soit à la période d'état, et nous l'avons ensemencé.

Dans toutes ces expériences, nous avons lavé le conduit à l'eau boriquée, puis nous y avons laissé une solution phéniquée à 5 pour 100 ou sublimée à 1 pour 1000 pendant une demi-heure. Après avoir séché le conduit avec du coton boriqué, flambé selon la méthode de Lermoyez nous avons recueilli le liquide, immédiatement après la paracentèse, à l'aide d'une pipette. On nous objectera, sans doute, que nous avons laissé peut-être dans le conduit un peu de solution antiseptique qui, recueillie avec l'exsudat, aura empêché le développement des bacilles. Cette objection, déjà faite à Scheibe, ne nous semble pas fondée, car, d'une part nous avons séché le conduit avec beaucoup de soin avec du coton, d'autre part, s'il en était ainsi, nous aurions dû avoir des résultats négatifs, dans tous les cas, ce qui n'est pas, ainsi que nous le dirons plus loin.

Avant de publier nos observations personnelles, nous reproduisons celles de Scheibe au nombre de quatre.

OBSERVATION XIX

(Scheibe, *Archives of Otology of New-York*, 1890.)

M. C..., âgé de trente-trois ans, obstruction nette des deux trompes; paracentèse au galvano-cautère. Sérum jaune ambre.

La voix ordinaire qui ne s'entendait qu'à 1^m20 avant la paracentèse, s'entend après à 1^m50. *Aucune culture ne se développe sur gélatine,*

OBSERVATION XX (Scheibe).

C..., âgé de dix-neuf ans, ancienne otite purulente avec perforation cicatrisée ; paracentèse, il ne s'écoule pas de liquide ; par aspiration on retire un liquide clair *qui ne donne pas de culture sur gélatine.*

OBSERVATION XXI (Scheibe).

M. K..., âgé de trente-trois ans, otite datant de trois semaines, paracentèse, liquide jaune ambre, *aucune culture sur agar.*

OBSERVATION XXII (Scheibe).

M. F..., âgé de vingt-deux ans, l'audition est 50 centimètres, après cathétérisation 3 mètres. Une semaine après l'audition est redevenue plus mauvaise malgré l'insufflation ; finalement paracentèse, liquide jaune. *Aucune culture ne se développe sur agar.*

OBSERVATION XXIII (due à M. le professeur Lannois).

M. D..., soixante ans, vient consulter le 6 mars 1893, est très sujet à s'enrhumer du cerveau, a été pris assez subitement de surdité avec bourdonnement ; il fut soigné à cette époque par M. Joly qui paraît ne lui avoir fait que l'insufflation d'air avec le Politzer. L'an dernier, l'oreille droite a coulé pendant quelques jours, depuis il était resté légèrement sourd mais sans être gêné dans ses affaires. Il est devenu plus sourd depuis quelques jours seulement. Il a été enrhumé plusieurs fois cet hiver. Il se plaint surtout de bourdonnements très forts, ressemblant à un échappement de vapeur, localisés du côté gauche.

O.D. = pavillon, puis 6 après cathétérisme. O.G. = contact osseux puis 3 à 4.

Diapason est localisé du côté gauche dans l'expérience de Weber. Les deux tympans sont nettement cicatriciels. A droite cicatrice déprimée dans le cadran postéro-supérieur semblant adhérer à la longue branche de l'enclume. A gauche dépression cicatricielle ovulaire dans le segment antérieur et surtout dans le cadran antéro-inférieur.

11 mars. — O.D. = 4 puis 10. O.G. = pavillon puis 4.

22 mars. — Le malade qui avait été nettement soulagé revient avec de l'abaissement; du côté droit au niveau de l'ombilic on voit une grosse tache blanche irrégulière qui s'étend sur tout le segment antérieur O.D. = 2 à 3. O.G. = tragus.

Au cathétérisme sensation très nette de gargouillement.

Paracentèse du tympan de chaque côté au lieu d'élection, écoulement jaune clair, abondant à gauche, beaucoup moindre à droite le malade se sent très soulagé.

15 avril 1893. — Revient après une absence occasionnée par un voyage, il se trouve très soulagé et a toujours un peu de bourdonnement. Deux nouvelles paracentèses. Une à deux gouttes à droite, écoulement assez abondant à gauche.

22 avril. — Le malade se considère comme guéri il entend beaucoup mieux et le sifflement à presque complètement disparu. O.D. = 10 puis 11. O.G. = 15 puis 18.

Encore quelques râles à droite, rien à gauche.

25 janvier 1894. — Le malade revient, il dit avoir eu la grippe il y a un mois; depuis ce moment il a des bourdonnements intenses, surtout à gauche. Le tympan gauche qui d'habitude est translucide est au contraire gris, opaque. O.D. = 7 puis 11. O.G. = pavillon puis 8.

On ne fait pas de paracentèse.

3 février. — Le malade se croyait guéri pendant quatre à cinq jours, l'abaissement et les bourdonnements ont reparu à gauche. Paracentèse à gauche qui donne beaucoup de liquide.

17 février. — O.D. = 12 puis 15. O.G. = 8 puis 12.

30 octobre 1894. — A de nouveau un épanchement à gauche.

Paracentèse qui donne une notable quantité de liquide clair à peine teinté en jaune.

7 novembre 1894. — Deux paracentèses qui ne donnent presque pas de liquide, le malade se trouve d'ailleurs bien.

11 janvier 1896. — Revient complètement sourd, il faut crier pour se faire entendre. Le début de la surdité remonte à six jours et a coïncidé avec un fort rhume de cerveau qui durait depuis sept à huit jours.

A droite on trouve une tache blanche jaunâtre occupant surtout la moitié inférieure du tympan mais ne donnant pas l'aspect classique du liquide collecté en bas. Le tympan est redevenu gris, opaque. Double paracentèse; l'oreille droite donne un liquide abondant, très clair, la quantité de liquide est moindre à gauche et est mélangé d'une assez forte quantité de sang; le liquide ne sort qu'après le cathétérisme.

Le liquide recueilli dans deux pipettes a étéensemencé dans le même tube de bouillon et la culture est restée stérile.

Le malade est très soulagé et entend passablement.

15 janvier. — Le malade va beaucoup mieux, le bourdonnement intense dont il se plaignait a disparu; il n'y a plus dans les deux oreilles qu'un léger bruit de coquilles. O.G. = 10 = O.D. après cathétérisme.

Il y a de l'obstruction nette de la trompe à droite.

19 janvier. — Même état, le malade se plaint toujours un peu du côté droit, mais refuse la paracentèse.

22 janvier. — Va décidément mieux, quoique avec un peu la sensation de bouchon à droite. O.D. = 4, puis 10. O.G. = 10.

Un peu de liquide à droite. Paracentèse. Il sort très peu de liquide.

OBSERVATION XXIV (due à M. Lannois).

M. B..., trente-huit ans, se présente pour la première fois le 6 janvier 1894. Il y a un mois qu'il n'entend pas bien à la suite d'un mal de gorge, il y est très sujet, ainsi qu'au coryza, et présente de gros cornets congestionnés, une gorge très rouge avec

gonflement très accentué et faux pilier postérieur ; fume beaucoup la cigarette. Il raconte qu'il a déjà eu la même chose l'année dernière pendant environ trois semaines, l'oreille gauche surtout était prise. Le malade ne se plaint pas de bourdonnements, mais seulement d'une sensation de gêne dans les deux oreilles qui lui paraissent obstruées par un corps étranger. Les deux tympans sont gris sans triangle. Le tympan droit présente cependant encore un petit espace clair dans le cadran postéro supérieur. Il est difficile de dire si le tympan est repoussé en dehors. Le manche paraît grêle, il est légèrement injecté, ainsi que le mur de la logette et la partie postérieure du bord tympanal. O.D. = pavillon =, O.G. après le cathétérisme, O.D. = 13, O.G. = 15.

Les trompes paraissent nettement obstruées et les râles déterminés par le passage de l'air font penser qu'il existe du liquide.

10 janvier. — O.D. = 3 à 4 =, O.G. puis O.D. = 20, O.G. = 18.

Cette élévation considérable de l'audition fait pencher vers la présence de liquide dans les caisses. On fait une paracentèse à droite qui donne une notable quantité de liquide ressemblant au mucus du coryza.

20 janvier. — O.D. = 10, O.G. = 22 avant et après le cathétérisme.

21 janvier. — Le malade se plaint d'être aussi mal qu'à sa première visite, même sensation de gêne et même surdité. Double paracentèse. Il sort une très grande quantité de liquide qui, après le cathétérisme, remplit la conque et coule sur la joue. Ce liquide est beaucoup moins visqueux que lors de la première paracentèse.

21 février. — Le malade a eu une grippe très forte qui l'a retenu au lit. Il y a quatre jours, double paracentèse qui n'a donné qu'une goutte de liquide. — O.D. = 10, puis 12, O.G. = 5, puis 15.

2 mars. — Double paracentèse sans liquide.

23 avril. — On lui fait dans le courant du mois sept à huit fois le cathétérisme ; il se trouve très bien, les tympans sont clairs transparents, avec reflets lumineux multiples. O.D. = 20, puis 30, O.G. = 25, puis 30 à 35.

16 novembre 1894. — Le malade revient avec de l'abaissement

de l'audition du côté droit ; il a encore eu au moment des premiers froids un coryza intense avec pharyngite et expectoration de muco-pus provenant du pharynx rétro-nasal. O.D. = 3, puis 7 à 8. = O.G.

Il y a des bulles au passage de l'air, on fait une nouvelle paracentèse qui donne une notable quantité de liquide.

23 octobre 1895. — Le malade avait été cathétérisé quatre ou cinq fois pendant l'hiver 1894-1895, bien qu'il fût dans un bon état d'audition, mais simplement parce qu'il amenait à la consultation son enfant. Il s'est porté très bien cet été et a soigné sa gorge avec des gargarismes au sulfoborre (mélange d'acide borique et d'hypo-sulfite de soude. Il se trouve bien, quoiqu'il ait un peu de gêne dans l'oreille droite. O.D. = 22, O.G. = 45.

18 novembre 1895. — La gêne que le malade avait accusée, il y a quelques jours, a augmenté. Il dit avoir eu la grippe et avoir été obligé de garder la chambre, il est très gêné par sa surdité.

Le tympan droit présente des reflets lumineux multiples et le manche paraît très grêle, très saillant et très raccourci.

Le tympan gauche présente les mêmes caractères, mais moins accentués. Paracentèse double. Une notable quantité de liquide à droite, très peu à gauche. O.D. = effleurement, puis 4. O.G. = effleurement, puis 7.

Le liquide a été obtenu avant le cathétérisme et on l'a fait sourdre en faisant passer le Valsalva, le liquide est d'ailleurs sorti avant la pénétration de l'air dans la caisse.

Weber était droit, Rinne des deux côtés.

Le liquide retiré de l'oreille droite était clair et transparent *il a été mis en culture et est resté stérile.*

27 novembre. — O.D. = 7, puis 11, O.G. = 17.

On voit une petite croûte sauguine à droite où le malade se plaint d'obstruction ; la paracentèse ne fait sortir que quelques gouttes de liquide.

6 janvier 1896. — Le malade a été cathétérisé dans le courant de décembre deux ou trois fois. Il se trouve dans son état normal. O.D. = 20, O.G. = 27 après cathétérisme.

OBSERVATION XXV

(Consultation gratuite. Hôpital de la Croix-Rousse.)

M. G..., jardinier, vingt ans. N'a jamais été malade, toutefois il s'enrhume souvent et ne peut respirer par le nez à cause de végétations adénoïdes. Au mois de mai 1895 étant à travailler il fut pris brusquement de sensations douloureuses dans l'oreille droite, de bourdonnements; il avait à ce moment un coryza; la surdité n'était pas très marquée, elle augmenta de jour en jour et au mois d'août le malade se présente à la consultation.

Août 1895. — On lui fait le cathétérisme sans grand résultat.

15 septembre. — On lui fait une paracentèse à droite qui laisse écouler une grande quantité de liquide.

18 septembre. — Nouvelle paracentèse, pas de liquide. L'audition est à peu près normale après cathétérisme.

25 novembre. — Le malade revient à la visite; à la suite d'un refroidissement il y a trois semaines il a été pris de bourdonnements, de douleurs dans le pharynx, il dit avoir la sensation de flot dans l'oreille.

Le tympan droit est uniformément gris, avec deux petits triangles lumineux. O.D. = 15 O.G. = normale.

Paracentèse à droite. Le liquide sort en faisant faire le Valsalva.

Le liquideensemencé ne donne pas de cultures.

30 novembre. — La plaie de la paracentèse est cicatrisée O.D. = 30 puis 45.

Le malade se considère guéri.

12 janvier. — La veille le malade a fait une longue course en voiture découverte par un fort vent du nord; douleur atroce dans l'oreille droite toute la nuit; le matin en se levant son oreille s'est mis brusquement à couler. On constate une perforation dans le segment postéro-inférieur, écoulement de pus abondant.

20 janvier. — La perforation est cicatrisée. O.D. = 3, puis 7.

25 janvier. — Le malade revient avec sensation de bourdonne-

ments, et de flot dans l'oreille. Paracentèse à droite écoulement d'un liquide jaune ambre un peu louche O.D. = 8, puis 10.

Malheureusement la pipette a été cassée et n'a pu être commencée.

28 janvier.— Le tympan est nettement enfoncé O.D. = 4, puis 10 à 12.

Le malade obligé de quitter Lyon ne peut plus revenir à la consultation.

OBSERVATION XXVI (due à M. Lannois).

M. S., boulanger, trente-cinq ans, 6 décembre 1895.

Il lui arrive assez souvent depuis quatre ou cinq ans d'avoir des douleurs dans les deux oreilles durant deux ou trois jours et lui laissant une surdité durant de quinze jours à trois semaines. Il lui est resté un peu de dureté de l'ouïe avec des battements et des sifflements surtout à droite. Il lui arrive assez souvent d'avoir la tête lourde mais pas de vertiges proprement dits.

Il s'enrhumé facilement du cerveau. Il y a huit jours qu'il a commencé à souffrir dans les deux oreilles, mais depuis trois jours surtout les douleurs sont plus marquées et il est devenu presque complètement sourd. Il a des bourdonnements de deux sortes; des battements pulsatiles isochrones au pouls et un sifflement continu; ce dernier n'existe pas du côté droit. Sa voix lui résonne d'une manière désagréable ainsi que le bruit de ses pas. Lorsqu'il sert un peu fortement les mâchoires, il éprouve un sifflement plus intense dans l'oreille droite.

Le tympan droit a l'aspect uniformément gris sans triangle, avec rougeur très vive le long du manche et sur le bord tympanal. Le tympan ne paraît pas déplacé en dehors.

Le tympan gauche présente la même rougeur, il y a de plus en haut et en arrière une saillie arrondie du volume d'un pois qui occupe tout le cadran postéro-supérieure. Le malade n'a pas la sensation de déplacement de liquide. O.D. = pavillon O.G. = 1.

Paracentèse à droite au point d'élection. Il sort d'abord un peu de sang et après le Valsalva, que le malade a fait quelques instants

plus tard, un peu de liquide muqueux très visqueux s'échappe, qu'il est impossible de faire entrer dans la pipette par aspiration.

Paracentèse à gauche. Liquide très abondant beaucoup plus clair, malheureusement le liquide recueilli a été égaré et n'a pu être mis en culture.

13 décembre. — Le malade qui se trouvait beaucoup mieux est un peu repris depuis hier. A l'examen du tympan il n'y a plus de rougeur mais une teinte rosée du manche des deux côtés. Le segment postérieur paraît oblique, le manche est vertical, grosse tache blanche au dessus et en avant de l'umbo. Reflet lumineux dans le cadran antéro-supérieur. Il n'y a plus aucun bourdonnement à gauche. La conduction osseuse est bonne, pas de latéralisation du diapason au vertex. Rinne positif des deux côtés. O.D. = 7 O.G. = 8, puis 11.

Le cathétérisme fait percevoir qu'il y a encore du liquide des deux côtés, mais le malade refuse la paracentèse.

17 décembre. — Même état. O.D. = 7 O.G. = 8.

Double paracentèse il y a une notable quantité de liquide claire à droite dont on peut en recueillir une partie après le cathétérisme. A gauche il ne sort qu'une goutte ou deux.

Le liquide de l'oreille droiteensemencé a donné des cultures de staphylocoques, mais il faut noter qu'on a été obligé de faire le cathétérisme pour le faire sortir.

23 décembre 1895. — Il se sent beaucoup mieux et dit entendre aussi bien que d'habitude. O.D. = 9 O.G. = 13 à 14.

On institue un traitement pour la gorge et le nez qui sont le siège d'un état catarrhal assez net.

21 janvier 1896. — Jusqu'à hier le malade s'était très bien trouvé. Il a eu cette nuit un peu de douleur à gauche et se trouve plus sourd aujourd'hui.

Le tympan présente l'aspect à peu près classique, sauf le bombement en dehors. Aspect gris général, sauf en haut et en avant où il y a un reflet lumineux. Le manche est rouge et on voit bien une croûte sanguine dans le segment postérieur au point où a été faite la dernière paracentèse. Le liquide très sanguinolent est abondant à la paracentèse, mais on est obligé de faire le cathétérisme

pour le faire sortir. *Le liquideensemencé a donné des cultures.*

Le malade se sent très soulagé après le cathétérisme.

OBSERVATION XXVII (due à M. Lannois).

M. R..., quinze ans, se présente pour la première fois le 6 juin 1894, il présente l'aspect absolument typique des malades atteints de végétations adénoïdes. Depuis l'enfance ce malade a des accès de surdité passagère. Il y a cinq ou six ans au moins qu'il a également de temps en temps de l'otorrhée des deux côtés. Il a actuellement dans l'une et l'autre oreille un écoulement qui dure depuis trois ou quatre mois. En faisant le lavage il vient à gauche un petit polype gros comme une tête d'épingle en verre dont le point d'insertion se trouvait en haut et en avant au niveau de la courte apophyse. En un point parfaitement symétrique, à droite il existe un petit polype. O.D. = 4 O.G. = contact.

Le malade refuse de se laisser enlever le polype à droite.

9 juin. — On enlève le polype avec la curette.

28 août. — Le malade a été vu un assez grand nombre de fois en juillet et août. Les deux tympans se sont cicatrisés, et de l'un et l'autre côté on voit une petite cicatrice déprimée au-dessus de la membrane de Schrapnell et de la courte apophyse.

Le malade a été cathétérisé. On a O.D. = 40 O.G. = 55.

Le malade se trouve bien et refuse de se laisser enlever les végétations adénoïdes.

21 février 1895. — Il est redevenu sourd depuis quinze jours à la suite d'un violent coryza, il a surtout de la gêne dans les deux oreilles; sensation d'obstruction plutôt qu'une véritable surdité. O.D. = 21 = O.G.

Après cathétérisme. O.D. = 35 O.G. = 35 à 40

Il semble avoir surtout de l'obstruction des trompes.

13 avril. — Le malade continue à se plaindre d'avoir de la surdité à droite et depuis plus d'un mois déjà on lui a dit qu'il avait du liquide dans la caisse. Le malade avait toujours refusé la paracentèse; il l'accepte aujourd'hui pour l'oreille droite. Il s'échappe

une très grande quantité de liquide qui vient remplir la conque. Le malade est très soulagé.

16 mai. — Depuis un mois deux nouvelles paracentèses. O. D. = 50 O. G. = 55.

Le malade se décide à se laisser enlever les végétations adénoïdes, d'ailleurs peu abondantes.

25 novembre 1895. — Le malade s'est très bien porté tout l'été après avoir subi trois séances d'ablation de végétations. Il se trouve très bien, mais un peu de gêne dans l'oreille gauche.

28 janvier 1896. — Le malade qui se trouvait très bien dans les premiers jours de janvier, sauf un peu de gêne à gauche revient aujourd'hui se plaignant d'être redevenu sourd presque complètement de l'oreille gauche. Il s'était un peu enrhumé du cerveau il y a deux jours.

A l'examen, légère rougeur le long du manche qui paraît grêle et enfoncé, pli postérieur très marqué, reflets diffus en avant et en bas et au niveau de la cicatrice antéro-supérieure.

La moitié inférieure de la caisse paraît remplie par du liquide, mais on ne voit pas nettement de déplacement dans les oscillations de la tête.

Paracentèse en bas et en arrière ; le liquide très clair et assez abondant pour venir jusque dans la conque *ne sort qu'après le cathétérisme.*

Le malade est très soulagé.

Le liquideensemencé a donné des cultures.

6 février. — Le malade se sent mieux, encore du liquide à gauche.

Nouvelle paracentèse, le liquide est en notable quantité, il ne sort qu'après le cathétérisme.

Le liquide recueilli estensemencé dans deux tubes différents, il ne donne pas de cultures.

Si nous examinons ces observations, nous voyons que les liquides qui ont donné lieu à des cultures ont été pris sur des malades dont le début de l'otite remontait à un jour

(obs. XXVI, 2^e paracentèse) et à deux jours (obs. XXVII, 1^{re} paracentèse). Le liquide de la première paracentèse de l'observation XXVI n'aurait pas dû donner de cultures, mais il faut tenir compte que, outre l'hypothèse d'une faute d'asepsie, on a été obligé de faire le cathétérisme, ce qui peut bien suffire à contaminer le liquide. Les cultures ont donné des bacilles différents staphylocoques ou streptocoques.

Au contraire, les cas où il n'y a pas eu de cultures se sont produits, chez des malades dont le début de l'affection remontait à plusieurs jours ou à plusieurs semaines (obs. XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV, XXVIII 2^e paracentèse). L'observation XXVII est de toutes la plus concluante; en effet on a pu faire ici deux paracentèses : la première fut faite deux jours après le début de l'otite, elle donna des cultures; la deuxième fut pratiquée le onzième jour après le début et le liquide est resté stérile.

La conclusion s'impose donc : au début de l'otite catarrhale si l'on examine l'exsudat, on a des bacilles; puis après un certain nombre de jours qu'il est difficile de préciser, le mucus qui renferme probablement une substance toxique agissant sur les microbes à l'instar d'un antiseptique les a détruits; les cultures restent stériles.

Les auteurs qui ont avancé que le liquide de l'otite contenait des bacilles ont dû examiner des malades dont le début remontait à deux ou trois jours. Zaufal, qui publie l'observation suivante, pour prouver qu'il y a toujours des bacilles, note que la paracentèse a été faite trois jours après le début de l'otite.

OBSERVATION de Zanfal.

(*Prager medicinische Wochenschrift*, 1887.)

Un homme âgé de trente-neuf ans, vient à la clinique pour une otite remontant à trois jours. Liquide séro-sanguinolent.

Les cultures donnent lieu à des colonies de microbes de Freidlander.

Cette observation concorde donc bien avec notre opinion. Quant aux observations de Maggiora et Gradenigo, Kanthack, la date du début de l'otite et la date de la paracentèse ne sont pas mentionnées.

En résumé, dans onze cas d'otite catarrhale l'exsudat a étéensemencé; dans huit cas où l'affection remontait à plusieurs jours le liquide n'a pas donné de cultures, dans deux cas où l'affection était de date récente, l'exsudat a donné lieu à des cultures. Le onzième cas ne put être envisagé, car on fut obligé de faire le cathétérisme.

Il est donc certain que le mucus de l'oreille moyenne détruit les microbes et, nous n'en voulons pour preuve que le nombre incalculable de cathétérisme qui se pratique chaque jour et qui font certainement pénétrer des microbes dans la caisse sans que celle-ci s'enflamme à leur contact. On remarquera de plus que, dans un assez grand nombre de nos observations, la paracentèse n'a été faite qu'après plusieurs cathétérismes et cependant il n'y eut pas d'otite purulente.

La pathogénie de l'otite moyenne catarrhale peut donc s'expliquer facilement. A l'état normal la muqueuse nasale arrête et tue rapidement les microbes qui y pénètrent

à chaque inspiration ; l'oreille moyenne se comporte comme les cavités closes, elle est aseptique. Mais, sous l'influence du froid ou de toute autre cause d'irritation, le mucus nasal est troublé et devient propre à des cultures. L'inflammation gagne l'orifice de la trompe et ne tarde pas à l'obturer. En même temps un certain nombre de microbes ont pénétré dans la caisse ; mais celle-ci est pourvue de moyen de défense pour se débarrasser promptement des bacilles qui y sont entrés. Contre l'infection locale, la muqueuse lutte d'abord en augmentant la quantité de sa défense ordinaire, la sécrétion du mucus bactéricide. C'est donc à cause de son pouvoir bactéricide que le mucus est hypersécrété. Cet effort peut suffire, après quelques jours les bacilles disparaissent ; là s'arrête alors la maladie. Mais si le malade offre une moindre résistance (tuberculose, convalescence de fièvre grave, alcoolisme, etc.) le mucus est troublé dans sa sécrétion, son pouvoir bactéricide est diminué, l'otite entre dans sa phase de suppuration, au mucus a succédé le muco-pus.

CHAPITRE V

Traitement.

Ainsi que nous l'avons dit au début de ce travail, l'otite catarrhale est une inflammation de la caisse avec épanchement séreux ou muqueux, produite par l'obstruction de la trompe. Il faudra donc que le traitement réponde à ce triple but : évacuer le liquide de la caisse, désobstruer la trompe, éviter les récidives en s'occupant de la cause amenant l'oblitération.

1° L'évacuation du liquide contenu dans la caisse sera obtenue par la paracentèse : cette opération fut préconisée par Itard, par Cooper dans les cas d'épanchements séreux, mais les auteurs qui suivirent Hubert-Valleroux, Ménière, prétendirent que par l'insufflation d'air on pouvait arriver au même résultat ; cette opinion est encore partagée par un certain nombre d'otologistes actuels. Il est certain que si le liquide est en très petite quantité l'insufflation le projettera contre les parois de la caisse et faci-

litera son absorption, mais si le liquide est en grande quantité, ou s'il est gélatineux, l'évacuation sera impossible car il faudrait que la trompe soit large; or, dans l'otite catarrhale, c'est précisément le contraire, la trompe est toujours rétrécie; d'autre part, par la paracentèse, l'otite catarrhale, ainsi que le prouve le D^r Mounier, est bien plus vite guérie, l'oreille revient mieux à son état normal. Le D^r Mounier, sur deux malades atteints d'otite catarrhale double, a pratiqué d'un côté la paracentèse, de l'autre côté simplement les douches d'air.

OBSERVATION XXVIII

(D^r Mounier, *Annales des mal. des os*, 1891.)

Homme, trente-huit ans, comptable, se présente le 4 janvier, douleur dans les deux oreilles, surdité très prononcée; les deux tympans sont rouges, bourdonnements.

Paracentèse à gauche, écoulement abondant.

L'oreille gauche est complètement guérie au bout de quelques jours. Quant à l'oreille droite, on se contente de faire des douches d'air avec la sonde; jusqu'au 29 mars, vascularisation très marquée avec bourdonnements. Le 25 avril le malade se considère comme guéri.

Le 7 mai, nouvelle atteinte à droite qui guérit après quelques jours. L'audition est bien meilleure à gauche.

OBSERVATION XXIX

(D^r Mounier, *Annales des mal. des os*, 1891.)

Homme, quarante-cinq ans, vient pour la première fois le 18 mai. Début de l'affection remontant à deux jours; les deux tympans sont rouges, le malade a la sensation de clapotement dans les deux oreilles.

Paracentèse à droite, il sort un flot de mucus. Le malade est de suite soulagé, il entend presque normalement, toutefois il refuse la paracentèse à gauche.

24 mai. — Oreille droite guérie, il entend normalement; oreille gauche, audition presque nulle.

Ainsi que le montrent ces deux observations, l'oreille où la paracentèse a été faite a guéri beaucoup plus rapidement. Le D^r Delstanche¹ a préconisé non plus la simple douche d'air, mais l'injection de vaseline liquide ou paraffine comme pouvant amener l'évacuation du liquide contenu dans la caisse sans avoir recours à la paracentèse; il ne rejette pas d'une manière absolue cette dernière opération, mais il préfère l'injection de vaseline, surtout, dit-il, « lorsqu'il s'agit de cas où la paracentèse elle-même ne pourrait donner qu'un soulagement transitoire, en raison, par exemple, des conditions pathologiques invétérées de la région rétro-nasale ou de la trompe, lésions qui impliquent nécessairement, à échéance plus ou moins rapprochée, la réapparition de l'exsudat dans la caisse ». Si dans ces cas l'otite est à répétition par suite de l'obstruction de la trompe, nous ne croyons pas que l'injection de vaseline agira mieux que la paracentèse, car c'est à la cause de l'obstruction de la trompe qu'il faut s'adresser. Du reste, le D^r Delstanche, qui préconise avec force cette méthode, nous dit : « Il résulte de ces expériences comparatives que, dans la plupart des cas, les effets obtenus par l'une ou l'autre méthode s'équilibrent, ou à peu de chose près, avec cette différence toutefois que l'amélioration obtenue à la

¹ Delstanche, *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 1862, t. II, p. 298.

suite de la paracentèse persiste plus longtemps. » Dès lors, pourquoi préconiser une méthode qui ne donne pas d'aussi bons résultats que la paracentèse ? Il est des cas, peut-être, où on pourra y avoir recours lorsque le sujet sera très pusillanime, ou lorsque on redoutera l'otite purulente par suite de la moindre résistance du sujet, convalescence de fièvre grave, tuberculose, alcoolisme ; mais à part ces derniers cas, l'opération de choix est la paracentèse du tympan.

La paracentèse du tympan doit être pratiquée dans le cadran postéro-inférieur, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques de rigueur ; il est utile très souvent, ainsi que M. le D^r Lannois le préconise, de faire deux ouvertures rapprochées, de façon à faciliter la sortie du liquide. Il arrive souvent que l'exsudat ne s'écoule pas au dehors : il faut de suite pratiquer le Valsalva, ou mieux la douche d'air à l'aide du cathétérisme.

On s'est élevé avec force contre cette opération et Dels-
tanche lui-même dit : « La paracentèse est une opération dont les suites peuvent, très rarement à la vérité, revêtir un caractère de gravité exceptionnelle. Quoique l'inflammation qu'elle provoque reste d'ordinaire dans des limites très restreintes, elle peut se développer au point d'obliger le malade à garder le lit pendant cinq à six semaines, provoquer des otorrhées interminables, des abcès de l'apophyse mastoïde, des inflammations phlegmoneuses du conduit auditif, avec érysipèle du pavillon, susceptible d'envahir toute la tête. »

Notre maître le D^r Lannois, qui a fait un très grand nombre de paracentèses, n'a eu que deux fois des complications, dont voici les observations :

OBSERVATION XXX (due à M. Lannois).

M. M..., quarante-huit ans, alcoolique, vient le 12 mars 1895 se plaignant de douleur et d'abaissement de l'ouïe du côté droit depuis un mois, a des bourdonnements; rien de particulier au tympan en dehors d'une grosse tache blanche en avant du manche qui est un peu rouge, il y a un peu de rougeur sur le bord tympanal, O.D. = 3.

Le cathétérisme donne des râles bullaires; paracentèse; écoulement d'une très grande quantité de liquide jaune citrin n'ayant pas l'aspect purulent.

18 mars. — L'écoulement a persisté et on constate en effet qu'il y a une très petite quantité de liquide au fond du conduit qui présente un battement; ce liquide est constitué par un peu de pus; petite perforation irrégulière dans le cadran postéro-inférieur. Traitement par l'acide borique.

5 avril. — Le malade revient, il ne se plaint plus que d'un peu de bourdonnement à droite, mais l'audition lui paraît suffisante, O.D. = 15.

La perforation est fermée; après le cathétérisme le bourdonnement disparaît. O.D. = 28.

OBSERVATION XXXI (due à M. Lannois).

M. P..., quarante six ans, cabaretier, vient le 16 mars 1895, depuis longtemps il n'entend pas bien de l'oreille gauche, et il a des bourdonnements; il y a quinze jours à la suite d'un coryza il eut des douleurs très vives dans l'oreille gauche pendant trois jours, depuis il a de la surdité beaucoup plus marquée et les bourdonnements qui ne l'incommodaient pas auparavant sont devenus beaucoup plus forts et pénibles; autophonie.

O. G. = contact fort. Weber gauche. Le tympan est gris dans toute son étendue; rougeur nette le long du manche, sur le mur de la logette et le rebord tympanal.

La paracentèse donne issue à beaucoup de liquide clair non purulent.

19 mars. — Le soir du jour où la paracentèse a été faite, le malade a eu un écoulement purulent abondant qui persiste aujourd'hui; petite perforation en bas et en arrière, vers le milieu du segment inférieur. Traitement par l'acide borique.

9 avril. — Le malade est complètement guéri de sa suppuration, O.D. = 7, puis 12 après cathétérisme.

On peut, dans ces deux observations, accuser une faute d'antisepsie, mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que ces deux malades, tous deux cabaretiers, étaient des alcooliques avérés; aussi, croyons-nous plutôt que chez ces malades il y avait un lieu de moindre résistance qui a favorisé l'éclosion de l'otorrhée. D'autre part, nous voyons que chez ces deux malades l'otite purulente a guéri rapidement, il n'y a pas eu de « ces otorrhées interminables », comme dit Delstanche; quant aux érysipèles, aux phlegmons du conduit, dans les nombreuses notes que M. Lannois a mises à notre disposition nous n'en avons jamais trouvé d'exemple.

On a encore incriminé la paracentèse d'être douloureuse, de provoquer des syncopes. Nous l'avons vu pratiquer chez des jeunes gens, des femmes sans que le malade éprouvât beaucoup de douleur; d'autre part, chez les personnes pusillanimes, on peut toujours faire un badigeonnage à la cocaïne.

On a reproché enfin de faire parfois des ponctions dans des cas où il y avait tous les signes rationnels de l'otite et où il n'y avait pas de liquide.

On aurait donc fait une opération inutile et même nuisible au malade. Si le diagnostic a été en défaut, qu'on

ait simplement une inflammation de la caisse sans exsudat, on aura toujours fait une saignée locale bien plus active que les révulsifs ou les sangsues au pourtour du pavillon.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire l'opinion de Bonnafont, qui prétend qu'après la paracentèse l'appréciation des tons très bas et très élevés n'est pas aussi exacte.

Si nous envisageons maintenant les avantages de la paracentèse, nous voyons qu'elle permet la rapide évacuation de la caisse, que le liquide soit fluide ou gélatineux, elle soulage immédiatement le malade.

OBSERVATION XXXII (due à M. Lannois).

M. R..., voyageur de commerce, se présente le 14 février 1894; il a été soigné à Bordeaux par le Dr Guément pour de la rhinite chronique pour laquelle on lui a fait des cautérisations de la muqueuse nasale. Il y a dix jours il a eu une recrudescence de son coryza habituelle et immédiatement sensation d'obstruction dans les deux oreilles, sifflement à gauche, O.D. = 7 O.G. = 3.

Il présente les signes classiques de l'épanchement Paracentèse des deux côtés, peu de liquide à droite très abondant à gauche; le liquide est un peu muqueux à droite, clair, transparent, à peine teinté à gauche.

Le malade est très soulagé.

18 août. — Le malade revient; il raconte que l'audition n'a pas rebaisé après sa première visite; depuis il a eu une nouvelle poussée de pharyngite et a perdu l'odorat et le goût.

Revu en mars 1895, le malade se trouve bien, O.D. = plus de 60 O.G. = 50

Il persiste toutefois un léger sifflement à gauche.

OBSERVATION XXXIII (due à M. Lannois).

M. C..., vingt-deux ans, est actuellement au régiment, il est sujet au coryza, et a déjà suivi un long traitement pour de la rhinite chronique. Il y a un mois il s'est réveillé sourd de l'oreille droite, il n'a qu'un peu de gêne, peu ou pas de bourdonnements, pas de vertiges; le tympan est épaissi, blanc un peu opaque dans toute son étendue, le manche paraît repoussé en dehors. Paracentèse, liquide jaune clair en abondance; il est très soulagé, l'audition passe de 2 à 12.

16 avril — O.D. = 18, il se trouve bien, du reste l'autre oreille n'est pas excellente, O.G. = 30.

OBSERVATION XXXIV (due à M. Lannois).

F. A..., trente-cinq ans, se présente le 4 novembre 1894, il est soigné depuis longtemps par M. le Dr Garel qui lui a fait des cautérisations dans le nez et l'arrière gorge, il y a d'ailleurs très longtemps qu'il est sourd de l'oreille gauche. Il y a six semaines alors qu'il était à Allevard il fut cathétérisé par le Dr Albespy qui lui avait trouvé de la sclérose des deux côtés. Le cathétérisme l'avait amélioré, à la fin du traitement il commença à devenir sourd de l'oreille droite. Les deux tympans sont sclérosés sans rien de bien particulier, O.D. = 3 O.G. = 4, puis O.D. = 7 O.G. = 8 après cathétérisme.

12 novembre. — Double paracentèse qui fait sortir un liquide muqueux et filant des deux côtés, O.D. = 8, O.G. = 10.

20 novembre. — Le malade se considère comme guéri, O.D. = 8 O.G. = 12.

Dans ces trois dernières observations, nous voyons que l'audition s'est immédiatement relevée pour se maintenir depuis. Les malades accusent tous, après la paracentèse,

une diminution et même une abolition des bourdonnements, des vertiges, de la sensation de gêne ; le malade de l'observation XIV, atteint pour la troisième fois, était totalement sourd, après la paracentèse et l'écoulement d'un liquide abondant, il entendait à 10 centimètres ; aucun autre traitement, pas même l'injection de vaseline, ne peut donner un pareil résultat.

En résumé, la paracentèse est l'opération de choix ; elle n'offre aucun danger, sauf peut être chez les sujets affaiblis ; elle devra être pratiquée dès que la présence de liquide dans la caisse aura été diagnostiquée.

2° Dans l'otite catarrhale, la trompe est toujours plus ou moins rétrécie ; si l'obstruction est peu prononcée, la douche d'air à l'aide du cathétérisme, continuée pendant quelque temps après la guérison de l'otite, suffira généralement ; mais il peut se faire que l'obstruction soit telle que l'air ne peut passer dans l'oreille. C'est dans ces cas que l'on a préconisé la dilatation du canal à l'aide de bougies ; ce procédé, en général, est très douloureux. D'autre part, il n'est pas sans danger, les sondes se détériorent facilement, la littérature compte un certain nombre de cas où des fragments de bougies sont restés dans la trompe. Au lieu d'employer la dilatation à l'aide de bougies, il nous semble préférable d'employer les injections de vaseline liquide suivant le procédé de Delstanche. « Non seulement, dit cet auteur, la vaseline démontrera souvent l'inutilité de la dilatation en se frayant un passage jusqu'à l'intérieur de la caisse, mais rendra désormais possibles les insufflations d'air, tentées auparavant sans succès. »

3° Enfin, il faudra s'occuper de la cause qui a provoqué l'otite catarrhale et par cela examiner soigneusement le nez et l'arrière-gorge : « c'est perdre son temps, disait Michel, que de faire des insufflations d'air ou des injections dans l'oreille tant que le pharynx n'aura pas été ramené à son état normal. » Les polypes, les végétations adénoïdes, les amygdales hypertrophiées seront enlevés. Contre le coryza chronique on prescrira des lavages antiseptiques. Enfin les eaux minérales telles que Allevard, Cauterets, le Mont-Dore seront indiquées pour prévenir le retour des poussées inflammatoires de la gorge et du nez.

En résumé, la paracentèse du tympan dès le début de l'affection, les douches d'air ou le cathétérisme, les injections de vaseline liquide dans les cas d'obstruction infranchissable de la trompe, la suppression de la cause qui a amené cette obstruction, telles sont les indications à remplir dans le traitement de l'otite catarrhale.

CONCLUSIONS

I. On doit réserver le nom d'otite moyenne catarrhale à une inflammation de l'oreille moyenne qui s'accompagne le plus souvent d'une obstruction de la trompe d'Eustache et qui donne lieu à un épanchement séreux ou muqueux. Lorsque cet épanchement devient purulent, il ne s'agit plus d'otite catarrhale, mais d'otite moyenne purulente.

II. Il est exceptionnel de voir l'otite catarrhale se transformer en otite purulente.

III. L'exsudat de l'otite moyenne catarrhale contient cependant des microorganismes au début, mais il jouit très vraisemblablement de propriété bactéricide, car au bout de quelques jours, ceux-ci ont disparu.

IV. La différence, au point de vue microbien, entre l'otite catarrhale et l'otite purulente consiste donc dans ce

fait que dans le premier cas les microbes atténués ou non sont détruits par la muqueuse et la sérosité sécrétée par elle, tandis qu'au contraire dans le second cas l'activité des microbes l'emporte sur la résistance de la muqueuse et aboutit à la formation du pus.

V. Nos recherches nous permettent d'affirmer qu'à l'état normal l'oreille moyenne se comporte comme une cavité aseptique.

VI. L'otite catarrhale peut guérir par résorption simple de l'exsudat mais le plus souvent elle aboutit à l'otite moyenne scléreuse.

VII. Le traitement de l'otite catarrhale doit comprendre trois parties :

- a) Evacuer le liquide par la paracentèse du tympan ;
- b) Désobstruer la trompe par l'insufflation d'air à l'aide du cathétérisme ;
- c) Traiter l'affection du rhino-pharynx qui a occasionné la maladie.

Vu, bon à imprimer,
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LÉPINE.

Vu, bon et permis d'imprimer,
LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ

Vu, bon à imprimer,
POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR,
LÉPINE.

TABLE

Chapitre premier. — Historique.	9
Chapitre II. — Définition, Etiologie.	12
Chapitre III. — Symptômes et Diagnostic	26
Chapitre IV. — Pathogénie.	39
1° Analogie du mucus de la caisse avec le mucus nasal.	44
2° L'oreille moyenne est-elle aseptique?	46
3° Observations d'otite catarrhale avec examens bactériologiques de l'exsudat	49
Chapitre V. — Traitement	63
Conclusions	73

